



В.Г. Сюсюка<sup>1</sup>, К.Ю. Нерянов<sup>1</sup>, Т.А. Губка<sup>2</sup>, Е.Н. Бондаренко<sup>3</sup>

## ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМИ ДИСПЛАЗИЯМИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

<sup>1</sup>Запорожский государственный медицинский университет,

<sup>2</sup>Родильный дом №5, г. Запорожье,

<sup>3</sup>Родильный дом №9, г. Запорожье

**Ключові слова:** вагітність, акушерські та перинатальні ускладнення, неспецифічні дисплазії сполучної тканини.

**Ключевые слова:** беременность, акушерские и перинатальные осложнения, неспецифические дисплазии соединительной ткани.

**Key words:** pregnancy, obstetrics and perinatal complications, nonspecific connective tissue dysplasia.

На підставі проведеного аналізу результатів пологів 90 жінок з ознаками неспецифічної дисплазії сполучної тканини не встановлено більшу частоту ускладнень у пологах порівняно з жінками, у яких такі ознаки не визначено. Проте привертає увагу більша частота невиношування в анамнезі у жінок з серцево-судинною патологією, що і було підставою для реабілітації у санаторії. Результати здійсненого дослідження ще раз підтверджують доцільність санаторного оздоровлення як одного з етапів ведення вагітних з екстрагенітальною патологією.

На основании проведенного анализа исходов родоразрешения 90 женщин с признаками неспецифической дисплазии соединительной ткани не отмечена более высокая частота осложнений в родах по сравнению с женщинами, у которых такие признаки отсутствуют. Однако обращает на себя внимание более высокая частота невынашивания в анамнезе у женщин с сердечно-сосудистой патологией, что и послужило показанием для санаторной реабилитации. Результаты данного исследования еще раз подтверждают целесообразность санаторного оздоровления как одного из этапов ведения беременных с экстрагенитальной патологией.

The analysis of the delivery of 90 women with nonspecific connective tissue dysplasia was made. The increase of delivery complications in this group of patients in comparison to the patients without dysplasia was not found. However higher level of miscarriage was revealed in women who suffered from cardiovascular pathology. That was the indication for the sanatorium rehabilitation. The investigation results confirm the expediency of sanatorium treatment of pregnant women with extragenital pathology.

В последнее десятилетие основное место в генезе многих заболеваний внутренних органов человека отводится дисплазии соединительной ткани [1]. Актуальность изучения дисплазии соединительной ткани в акушерско-гинекологической практике определяется тем, что это состояние может лежать в основе urgentных ситуаций (гипотонические кровотечения), увеличивать частоту осложнений беременности и приводит к репродуктивным потерям [7]. В акушерской практике проблема неспецифической дисплазии соединительной ткани (НДСТ) весьма актуальна, так как распространенность данного синдрома достигает 80% среди женщин репродуктивного возраста. При этом беременность рассматривается как основной фактор, способствующий прогрессированию этой патологии с увеличением срока беременности. Учитывая системность поражения, данная патология может оказывать отрицательное влияние на течение беременности, перинатальную заболеваемость и смертность новорожденных.

Одним из проявлений исследуемой патологии является плацентарная дисфункция, преждевременный разрыв плодных оболочек (ПРПО) и др. Из особенностей течения родов у женщин с НДСТ имеет место гиперактивность матки, частота которой напрямую зависит от тяжести проявления НДСТ. Вместе с тем, данные о частоте осложнений беременности и родов у женщин с НДСТ противоречивы. Однако ряд авторов не отмечают подобной закономерности [2]. Многообразие признаков неспецифической дисплазии традиционно принято разделять на малые и большие [6]. Среди общеизвестных: варикозное расширение вен нижних конечностей, пролапс митрального клапана, вегето-сосудистая дистония, миопия. Но следует сказать и о тех признаках, которые редко воспринимают проявление дисплазии: дискинезия желчевыводящих путей, хронический тонзиллит, склонность к аллергическим

состояниям и простудным заболеваниями, нарушение эвакуационной функции желудочно-кишечного тракта, угроза преждевременных родов на сроке 32–35 недель беременности, быстрые и стремительные роды в анамнезе с гипотоническим кровотечением или без него в III периоде родов [8].

### ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Установить наиболее частые осложнения беременности и родов, а также их взаимосвязь с частотой признаков, характеризующих неспецифические дисплазии соединительной ткани.

### ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведен анализ течения беременности и исходов родоразрешения 127 беременных с проявлениями дисплазии соединительной ткани. Средний возраст женщин составил  $\pm 28,4$  лет (21–40 лет). В основную группу включены 90 женщин с малыми признаками НДСТ (ВСД (53%), миопия (24,4%)), с меньшей частотой с большими признаками (пролапс митрального клапана (20%), варикозная болезнь (10,1%), хронический тонзиллит (8,8%), ДЖВП (7,7%), дополнительная хорда митрального клапана (1,1%)). У 60% отмечено только по одному признаку НДСТ. Данная группа женщин прошла оздоровление в клиническом санатории «Великий Луг». Контрольную группу составили 37 беременных без экстрагенитальной патологии и неотягощенным семейным анамнезом. Наблюдение женщин по беременности, а также родоразрешение проводили согласно приказам МЗ Украины [3,4,5].

### РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

На основании анализа анамнестических данных выявлено некоторое преобладание гинекологической патологии в основной группе по сравнению с контрольной, что составило 80% и 62,1% соответственно. Гинекологическая патология в основной группе представлена воспалительными заболева-



ниями органов малого таза (18,8%), патологией шейки матки (50%), патологией эндометрия (5,5%), опухолевидными образованиями придатков матки (12,2%). Количество перво- и повторноремеменных выявлено с одинаковой частотой как в основной, так и в контрольной группах – 52,2% и 51,3%. Частота первородящих женщин имела некоторое преобладание в группе контроля (86,5%) в сравнении с основной группой (77,7%). Аборты в анамнезе имели 31,1% женщин основной группы и 24,3% контрольной. Частота самопроизвольных абортов в контрольной группе несколько выше, чем в основной – 21,6% и 18,8% соответственно. По результатам анализа течения беременности в основной группе в 82,2% имели место те или иные осложнения. В контрольной группе этот показатель ниже – 67,5%, что закономерно, учитывая наличие экстрагенитальной патологии. В структуре осложнений лидирующее место занимает невынашивание – 57,7% в основной и 51,3% в контрольной группе, а значимая разница в частоте возникновения невынашивания установлена только в I триместре – 32,2% и 21,6%, соответственно. Однако, выделяя группу женщин с пролапсом митрального клапана или же с сочетанием пролапса с вегето-сосудистой дистонией отмечена более высокая частота невынашивания в первой половине беременности, но только с 12 по 22 неделю, которая составила по 50%. В группе женщин, у которых лидирующим признаком НДСТ была варикозная болезнь, у 50% имело место невынашивание беременности в I триместре. Проявление раннего гестоза в основной группе было выше контроля (14,4% и 10,8% соответственно), так же как и констатация факта отеков нижних конечностей, а данных о проявлении преэклампсии не было ни в основной, ни в контрольной группе. Через естественные родовые пути в основной группе родоразрешены 91,2% женщин, при этом частота абдоминального родоразрешения составила 8,8%. В контрольной группе частота кесарева сечения (КС) составила 16,2%. В обеих группах показания были очень разнообразны: клинически узкий таз, рубец на матке после операции КС, дистресс плода, первичная слабость родовой деятельности, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, ликворно-гипертензионный синдром, миопия высокой степени и другие. Интересным является факт, что в контрольной группе более высокая частота осложнений в родах, что закономерно увеличивает частоту абдоминального родоразрешения. Частота аномалий родовой деятельности в контрольной группе составила 8,1%, что в 2 раза превышает соответствующий показатель в основной (4,4%). ПРПО в контрольной группе составил 29,7%, что также превышает соответствующий показатель основной группы на 20%. По результатам проведенного исследования данных о стремительных и быстрых родах не было вообще. Среди осложнений, которые увеличили частоту абдоминального родоразрешения, следует отметить дистресс (5,5% и 5,4%), однако его частота в группах исследования была одинакова, различие отмечено только в сроке его появления относительно родов. Характеризуя состояние детей при рождении, асфиксии в родах не выявлено. Частота низкобалльных детей на 1-й минуте в основной группе составила 3,3% и связана с преждевременной отслойкой нормально расположенной

плаценты (ПОНРП) и дистрессом плода, однако данные об осложненном течении раннего неонатального периода у детей не отмечены. В контрольной группе все дети имели оценку по шкале Апгар 7 баллов и выше. Ранняя неонатальная желтуха как в основной, так и в контрольной группах отмечена с одинаковой частотой (10%). В группах исследования задержки роста плода не определены.

## ВЫВОДЫ

Проведенное исследование не подтвердило факта более высокой частоты гестационных осложнений у женщин с неспецифической дисплазией соединительной ткани по сравнению с женщинами, у которых такие признаки отсутствуют. Однако следует отметить, что данная группа женщин прошла реабилитацию в санатории «Великий Луг», и указанный факт еще раз подтверждает целесообразность санаторного оздоровления в группе женщин с экстрагенитальной патологией.

Характеризуя осложнения беременности и родов у женщин основной группы, не установлена закономерность увеличения их частоты в зависимости от степени выраженности и комбинации признаков неспецифической дисплазии соединительной ткани за исключением сердечно-сосудистых проявлений, что увеличивало частоту невынашивания.

Беременные с пролапсом митрального клапана или при сочетании пролапса митрального клапана с вегето-сосудистой дистонией имели более высокую частоту невынашивания беременности в первой половине, но только в сроке с 12 по 22 неделю. При этом у женщин с варикозной болезнью выше частота угрожающего аборта в первом триместре в сроке до 12 недель.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алексеев А.А. Системная медицина (от чего гибнет человечество) / Алексеев А.А. – М.: УРСС, 2000. – 557 с.
2. Кесова М.И. Беременность и недифференцированная дисплазия соединительной ткани: патогенез, клиника, диагностика: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: спец. 14.01.01 «Акушерство и гинекология» / М.И. Кесова. – М., 2012. – 45 с.
3. Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 417 від 15.07.2011р. «Про організацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні».
4. Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 620 від 29.12.2003р. «Про організацію надання стаціонарної акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні».
5. Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 624 від 03.11.2008р. «Про внесення змін до наказу МОЗ України від 15 грудня 2003 року №582 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги», наказу МОЗ від 31.12.2004 року № 676 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги»
6. Смольнова Т.Ю. Критерии постановки диагноза дисплазии соединительной ткани у женщин / Т.Ю. Смольнова, Л.В. Адамян // Мат. первой всероссийской научно-практической конференции [«Актуальные вопросы внутренней патологии. Дисплазия соединительной ткани»], (Омск, 29–30 июня 2005 г.). – Омск, 2005.
7. Смирнова М.Ю. Недифференцированные дисплазии соединительной ткани и их значение в акушерско-гинекологической практике / [М.Ю. Смирнова, Ю.И. Строев, Д.А. Нишури, А.В. Шлыкова] // Вестник Санкт-Петербургского университета. – 2006. – Серия 11, Вып. 4. – С. 95–104.
8. Смольнова Т.Ю. Фенотипический симптомокомплекс дисплазии соединительной ткани у женщин / Смольнова Т.Ю., Буякова С.Н., Савельев С.В. // Клини. мед. – 2003. – №8. – С. 42–48.

### Сведения об авторах:

Сюсюка В.Г., к. мед. н., доцент каф. акушерства и гинекологии ЗГМУ.  
Нерянов К.Ю., к. мед. н., доцент каф. акушерства и гинекологии ЗГМУ.  
Губка Т.А., врач-интерн акушер-гинеколог родильного дома №5 г. Запорожье.  
Бондаренко Е.Н., врач акушер-гинеколог родильного дома №9 г. Запорожье.

Поступила в редакцию 20.06.2012 г.