

МЕДИЦИНСКИЕ НАУКИ

Лукина Татьяна Сергеевна

доцент

Медицинский институт ФГБОУ ВПО «Тульский

государственный университет»

г. Тула, Тульская область

заместитель главного врача, врач акушер-гинеколог

ООО МЦ «Здоровое поколение»

г. Калуга, Калужская область

ОПТИМИЗАЦИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ СЕРДЦА

***Аннотация:** в данной работе анализируется оптимизация беременности и родов у женщин с синдромом недифференцированной дисплазии соединительной ткани (НДСТ) среди женщин возрасте от 20 до 30 лет. Обследование беременных выявило у женщин с НДСТ достоверное повышение частоты акушерской и перинатальной патологии.*

***Ключевые слова:** оптимизация, беременность, недифференцированная дисплазия.*

Дисплазия соединительной ткани – группа генетически гетерогенных и клинически полиморфных патологических состояний, объединенных нарушением формирования соединительной ткани в эмбриональном и постнатальном периодах. Генетическая неоднородность данной патологии определяет широкий диапазон ее клинических вариантов – от известных генных синдромов (Марфана, Элерса-Данлоса) до многочисленных недифференцированных (несиндромных) форм с мультифакториальными механизмами развития. Один из недостаточно изученных разделов указанной проблемы может быть условно обозначен как

дисплазия соединительной ткани и беременность. Изучение течения беременности, родов, перинатальных исходов у женщин с экстрагенитальной патологией по-прежнему имеет большое значение. С 1990 г. синдром дисплазии соединительной ткани (СДСТ) сердца выделен в самостоятельный синдром и включает: изолированный клапанный пролапс, комбинированный клапанный пролапс, расширение луковичы аорты, аневризму легочной артерии, аневризму межпредсердной перегородки (МПП), ложные хорды левого желудочка (ЛХЛЖ).

Целью данного исследования явилось выявление особенностей течения беременности и родов у женщин с СДСТ сердца.

Материалы и методы: Обследовано 180 женщин от 17 до 36 лет. Поступивших в отделение патологии беременных ТОРД для подготовки к родам и родоразрешению. Для выявления маркеров СДСТ использовали подометрический метод Фридлянда, тест на гипермобильность в трех из пяти представленных пар суставов, метод Бейтона, индекс Варги, тест на повышенную растяжимость кожи, ультразвуковое исследование брюшной полости, эхокардиографию, доплерэхокардиографию, ультразвуковое исследование состояния плода, доплеровское исследование маточно-плацентарного кровотока. Все женщины были проконсультированы кардиологом, окулистом, эндокринологом. Также проводился анализ течения беременности данных пациенток, особенностей родов, раннего и позднего послеродового периодов, анализ анамнестических данных, исследование соматического профиля.

1 группу – основную, составили 70 женщин, возраст которых колебался от 20 до 30 лет; 2 группа – контрольная, составила 110 женщин в возрасте от 26 до 35 лет, что подтверждает высокую степень распространенности дисплазии соединительной ткани среди женщин детородного возраста.

Результаты и обсуждения. Жалобы на боли в прекардиальной области сердца в основной группе составил 30%, против 7%; сердцебиение 40% и 10%; одышку 18% против 6%. При анализе акушерского гинекологического анамнеза у 15% женщин с СДСТ имел место синдром потери плода, в контрольной группе этот показатель составил 5%. Для женщин с маркерами СДСТ сердца характерен

астенический тип телосложения (70%) против контрольной группы (20%) гипермобильность суставов (60%) против (15%); сколиоз (16%) и (4%); кифоз (12 %) против (7%), повышенная ломкость ногтей (70%) и (50%); пролапс митрального клапана (20%) против (6%); ложные хорды левого желудочка (30%) и (10%).

По нашим данным, у женщин с СДСТ сердца значительно чаще отмечалось осложненное течение беременности и родов (88,5% против 50,5%). В основной группе достоверно чаще встречались случаи поздних гестозов (включая отеки, нефропатию, преэклапсию и эклапсию (50%) против (16%), анемий беременных (30%) и (18%), родового травматизма (47%) и (20%) а также иные осложнения. Указанные осложнения явились причиной более высокой потребности в оперативных пособиях. Родоразрешение путем кесарева сечения по акушерским показаниям было предпринято в 20% случаев в основной и в 7,5% – в контрольной группе, амниотомия – соответственно в 30% и 3,3%, эпизио- и перинеотомия – в 30,5% и 10,5%. Все роды завершились рождением живых детей. Отдельному анализу были подвергнуты случаи патологии плода и новорожденных у женщин, обследуемых групп. У женщин с НДСТ сердца более часто регистрировались задержка внутриутробного развития плода (30%) против (10%); хроническая гипоксия плода (40%) против (20%); недоношенность (14%) и (5%). Таким образом, у женщин с НДСТ сердца более часто развивались осложнения беременности и родов и наблюдались патология плода и новорожденного. Выраженные субъективные и объективные вегетативные и кардиальные нарушения у беременных с СДСТ сердца приводят к снижению качества жизни. Беременных женщин с НДСТ сердца следует относить в группу риска по невынашиванию беременности, анемии, развитию гестоза и перинатальной патологии. Необходимо проводить всестороннее комплексное обследование беременных с использованием современных методов обследования.

Список литературы

1. Куликов А.М. Росс семейный врач. – 2000. – Т. 4. – №1. – С. 37–51.
2. Лукина Т.С. Математическое моделирование анализа течения беременности и родов у женщин с недифференцированной дисплазией соединительной

ткани / Т.С. Лукина // Вестник Российского государственного медицинского университета, 2012. – С. 50–51.

3. Фадеева Т.С. Беременность у женщин с дисплазией соединительной ткани / Т.С. Фадеева // Вестник Российского государственного медицинского университета, 2007. – С. 171–172.

4. Фадеева Т.С. Беременность у женщин с дисплазией соединительной ткани / Т.С. Фадеева // Вестник Российского государственного медицинского университета, 2007. – С. 171–172.

5. Chia Y.T. Obstet Gynaecol Res, 2005. – С. 185–191.