

О.Н. ГРАЧЕВА

Московский государственный медико-стоматологический университет
Кафедра репродуктивной медицины и хирургии ФПДО
Самарский государственный медицинский университет
Кафедра акушерства и гинекологии ИПО

ОСОБЕННОСТИ ПРЕГНАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ ЖЕНЩИН С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Научный консультант – академик профессор РАМН Л.В. Адамян

Аннотация: в работе рассматриваются подходы к лечению бесплодия, обусловленного эндометриозом, основанные на показателях факторов роста и альфа 2 микроглобулина фертильности в сыворотке крови женщин. Проведенный анализ факторов риска, особенностей анамнеза, определении роли ионов магния в метаболизме соединительной ткани и формировании дисморфизма и выявленные корреляционные связи позволили нам разработать лечебно-профилактические мероприятия догестационной подготовки для женщин с нДСТ.

Разработанный лечебно-профилактический комплекс для женщин с нДСТ, позволит скорректировать выявленные диспластические нарушения, предупредить их прогрессирование, провести профилактику гестационных осложнений и ДСТ у плода.

Ключевые слова: соединительнотканная дисплазия, прегравидарная подготовка.

Summary: The analysis of risk factors, case history peculiarities, defining the role of magnesium ions in the metabolism of connective tissue and formation of dysmorphism, as well as revealed correlations enabled us to develop therapeutic and prophylactic measures for pregestational training for women with connective tissue dysplasia.

Designed therapeutic and preventive complex for women with connective tissue dysplasia allows to adjust revealed dysplastic disorders, prevent their progression and perform prophylaxis of gestational complications and connective tissue dysplasia in the fetus.

Keywords: connective tissue dysplasia, pregravid preparation.

Соединительная ткань – структурная основа практически всех тканей человеческого организма. Недооценка значимости дисплазии соединительной ткани (ДСТ) ведет к несвоевременной диагностике прогностически важных состояний, неполноценности профилактических мероприятий, неверному выбору тактики ведения пациентов, что, в конечном счете, отрицательно сказывается на состоянии здоровья значительной части российского населения и причиняет значительный социально-экономический ущерб стране (А.А.Баранов, 2009).

Широкое распространение недифференцированных форм дисплазии соединительной ткани (нДСТ), прогрессивный характер течения, полиорганность поражения и нередко неблагоприятный исход данной патологии делает ее особенно актуальной.

Особенности манифестации клинических проявлений в течение жизни, полиорганность и полисистемность поражения требуют особо пристального внимания врача. Практическому врачу необходимо четко знать алгоритм наблюдений этой категории пациентов, располагать полной информацией о возможностях коррекции диспластико-зависимых изменений.

Цель исследования: разработать лечебно-профилактический комплекс догестационной подготовки женщин с патологией соединительной ткани (недифференцированная форма).

Материал и методы исследования. Проведен анализ амбулаторных карт, индивидуальных карт беременных, историй родов, историй развития новорожденного у 610 женщин в возрасте от 20 до 37 лет с синдромом дисплазии соединительной ткани, кото-

рые составили основную группу. Признаки дисплазии соединительной ткани оценивались согласно шкале Т.Ю. Смольнова, С.Н. Буяновой¹.

Контрольную группу составили 100 женщин без дисплазии соединительной ткани. Все беременные прошли анкетирование (по характеру питания, образу жизни), клинико-лабораторное, инструментальное обследование.

Кроме оценки соматического профиля женщинам определяли уровень свободного оксипролина и ионов магния в суточной моче спектрофотометрическим методом².

Результаты исследования анализировались с применением методов параметрической и непараметрической статистики. Переменные, подчиняющиеся нормальному закону распределения подвергались анализу с использованием дескриптивного, корреляционного (Спирмена), дисперсионного, факторного и дискриминантного анализов (Айвазян С.А., Мхитарян В.С., 1998, Afifi A.A., Asen S.P., 1984).

Результаты исследования. Полученные результаты анализа факторов риска, особенностей анамнеза, определений роли ионов магния в метаболизме соединительной ткани и формировании дисморфизма и выявленные корреляционные связи позволили нам разработать лечебно-профилактические мероприятия догестационной подготовки для женщин с нДСТ.

Ведение пациенток с нДСТ включает диагностику заболевания, лечение с целью коррекции выявленных нарушений, профилактические мероприятия, направленные на предупреждение прогрессирования заболевания, планирование беременности, профилактику нДСТ у плода.

Врач акушер-гинеколог обязан предоставить пациентке с нДСТ информацию: что такое нДСТ, какие изменения происходят в соединительной ткани, какие признаки дисплазии есть у пациентки и какие существуют методы лечения; дать обоснованные рекомендации по планированию деторождения и определить индивидуальную профилактическую программу.

Диагностика нДСТ и последующее обследование должно включать сбор анамнеза; физикальное и лабораторно-инструментальное обследование; генеалогический анамнез. Тщательно собранный анамнез обеспечивает получение важной информации о манифестации, темпах прогрессирования нДСТ, наличии факторов риска, признаках поражения того или иного органа или системы. Поиск фенотипических признаков нДСТ

должен проводиться при физикальном обследовании, целенаправленно и последовательно.

При сборе анамнеза следует учитывать наследственную отягощенность, наличие нДСТ у родственников, наследственную отягощенность по случаям ранней или внезапной смерти.

Синдром ДСТ реализуется преимущественно по женской линии и у родственников первой линии выявляется в 93,4 и 84,6% случаев (Стрельцова Е.В., 2011). Ранее проведенное нами исследование показало, что риск врожденного порока сердца (ВПС) у плода выше при отягощенной наследственности со стороны матери 66,3% прогностической значимости, нежели со стороны отца 46,7%. Количество пациенток с нДСТ и отягощенной наследственностью в настоящем исследовании составило 73%.

При выявлении признаков нДСТ в детском возрасте по совокупности клинических проявлений, анамнестических данных (отягощенность фенами нДСТ родственников первой и второй линий родства), рождение ребенка с врожденным пороком развития, неблагоприятное течение беременности: спонтанные аборт, выкидыши, мертворождение, необходимо направить женщину на медико-генетическое консультирование – важную составляющую персонализированной медицины. При выявлении риска генетических дефектов и нуклеотидных полиморфизмов у пациентки, сформировать диспансерные группы «высокого риска» по развитию гестационных осложнений и патологии плода для проведения более интенсивных профилактических мероприятий. Безусловно, риск нДСТ профилируется при отказе от деторождения в браках с кровными родственниками.

Помимо планирования деторождения, следует учитывать риск вновь возникающих мутаций. Поэтому необходимо выяснить характер производственных вредностей, неблагоприятных факторов, их интенсивность и длительность. Планирование беременности рекомендовать после стойкой ремиссии соматических заболеваний и развития профессиональной адаптации, трудоустройства вне сферы воздействия производных факторов за 1-2 месяца до зачатия; прекращения курения и употребления алкогольных напитков; отказ от приема наркотических и психотропных веществ.

Анализ жалоб проводится в соответствии с синдромальным подходом. При сборе анамнеза необходимо уточнить наличие признаков нДСТ у членов семьи, время появления отдельных признаков и указания на прогрессивность их течения, наличие сопутствующей врожденной и приобретенной патологии. При выявлении сопутствующих проявлений нДСТ со стороны других органов – рекомендовать консультации смежных специалистов.

¹ Фенотипический симптомокомплекс дисплазии соединительной ткани у женщин [Текст] / Т.Ю. Смольнова, С.Н. Буянова, С.В. Савельев [и др.] // Клини. мед. – 2003. – № 8. – С. 42–48.

² Крель А.А. Методы определения оксипролина в биологических жидкостях и их применение в клинической практике [Текст] / А.А. Крель, Л.Н. Фурцева // Вопросы медицинской химии. – 1968. – Т. 14, вып. 6. – С. 635–640.

Следует выяснить характер питания пациентки, приоритетные продукты в рационе, увлечение диетами, соблюдение постов. При обнаружении признаков несбалансированного питания, необходимо дать рекомендации рациональной диетотерапии.

Уточнить вид физических нагрузок, частоту тренировок, интенсивность. Необходимо правильно выбрать вид физической активности, адекватную нагрузку и темп тренировок. Важен персонализированный подход врача и инструктора, который подбирает индивидуальную программу физических тренировок для правильного формирования мышечного каркаса, поддержание определенных групп мышц во время беременности и подготовки к родам, предотвращения тяжелых клинических последствий нДСТ. В разумных пределах можно заниматься любым видом спорта, создавая определенные условия для каждого случая индивидуально. Предпочтительны плавание, ходьба, прогулочные виды спорта, лечебная гимнастика. Нецелесообразны занятия, связанные с большой вероятностью травм и длительным статическим напряжением.

С особой тщательностью следует подойти к целенаправленному сбору акушерско-гинекологического анамнеза: акцентировать внимание на возрасте менархе, пороках развития половых органов, таких как: двурогая, седловидная матка; наличие внутриматочных синехий, синехий малых половых губ; истмико-цервикальной недостаточности; аномалий костного таза: узкий, плоский таз, деформированный таз; случаях невынашивания беременности, преждевременных родах, несостоятельности рубца, симфизита.

При выявлении этих признаков у пациенток, диагностический комплекс необходимо расширить определением содержания магния в плазме крови или суточной моче, проведением УЗИ сердца, органов брюшной полости, консультацией терапевта и психолога.

Пациенткам с гипомagneмией назначаются препараты магния курсами, а при глубоком дефиците магния в постоянном режиме за 3-6 месяцев до зачатия и в течение всей беременности. Нами была показана и доказана эффективность приема препаратов магния (Магне В6) за 3 месяца до беременности и курсами в течение 2-х недель в сроки 6 нед., 20 нед., 30 нед. гестации³.

Важно назначить пациентке прием фолиевой кислоты в дозе 400 мкг за 3 месяца до планируемой беременности. Следует также помнить, что не всегда потребление фолиевой кислоты в чистом виде способно обеспечить адекватное восполнение фолатного запаса. На наш взгляд оптимальным является назначение витаминно-минерального комплекса Компливит триместрум, который не только обеспечивает оптимальный статус питания у беременной, но и не допускает развития нежелательных эффектов (в том числе тератогенных) вследствие дифференцированного подхода к назначению витаминов и минералов по триместрам.

У женщин с невынашиванием, преждевременными родами в анамнезе разбалансировка иммунных клеточных взаимодействий – одновременно и причина, и следствие хронического аутоиммунного эндометрита. Дополнительное снижение рецептивности эндометрия у пациенток с нДСТ приводит к неадекватной секреторной трансформации эндометрия даже при нормальном уровне прогестерона.

Для создания оптимальных условий для наступления беременности, ее благополучного течения и успешного завершения пациенткам с нДСТ группы риска по угрожающим преждевременным родам необходимо рекомендовать назначение микронизированного прогестерона в дозе 400 мг с 16 по 25 день цикла за 2-3 месяца до планируемого зачатия.

Обязательным является проведение исследования на наличие инфекционных заболеваний мочеполовой сферы, санация очагов хронической инфекции.

Заключение. Конституция соединительной ткани имеет принципиальное значение для поддержания нормальной физиологии всех тканей организма. Особая роль отводится врачу первичного звена, в задачи которого входит: изучение родословной пациентки, проведение генетического консультирования, санацию очагов хронической инфекции, догестационную подготовку супругов, выбор оптимального срока зачатия, формирование идеального эталона репродуктивного поведения населения.

Разработанный лечебно-профилактический комплекс для женщин с нДСТ, позволит скорректировать выявленные диспластические нарушения, предупредить их прогрессирование, провести профилактику гестационных осложнений и ДСТ у плода.

³ Грачева, О.Н. Дисплазия соединительной ткани – профилактика гестационных осложнений // О.Н. Грачева. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2010. – Том 9. – №3. – С.25–29.