

УДК 616-036.1+616.832-004.2+613.99+314.3

НЕГРИЧ Т.І.¹, ОРИНЧАК Л.Б.^{2,3}¹ Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького² Івано-Франківська обласна клінічна лікарня³ Івано-Франківський національний медичний університет

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ РОЗСІЯНОГО СКЛЕРОЗУ В ЖІНОК ЗАЛЕЖНО ВІД НАРОДЖЕННЯ ДІТЕЙ

Резюме. У статті наведені дані власного дослідження впливу вагітності та народження дітей на клінічні характеристики розсіяного склерозу (РС). У роботі було опрацьовано дані обстеження 207 жінок, хворих на РС. У всіх жінок зібрано анамнез життя та захворювання, детально вивчено перебіг вагітностей та народження дітей. Наведено дані типу пологів серед оглянутих нами жінок, хворих на РС. Проаналізовано особливості типу перебігу, ступеня прогресування РС за шкалою інвалідизації EDSS залежно від кількості народжених дітей. Зокрема, досліджено перебіг РС у жінок, які народжували після дебюту цього захворювання. Показано вплив переривання вагітності на характеристики демієлінізуючого процесу.

Ключові слова: розсіяний склероз, дебют, вагітність, народження дітей.

Вступ

Розсіяний склероз (РС) — це органоспецифічне аутоімунне, нейродегенеративне захворювання центральної нервової системи, що розвивається в генетично сприйнятливих людей внаслідок дії певних зовнішніх факторів [3, 14]. РС уражає переважно людей молодого, працездатного, соціально активного віку, через що становить не лише медичну, а й соціально-економічну проблему в Україні та світі [3]. Жінки хворіють у 2–4 рази частіше [1, 3, 4]. Саме тому для жінок, хворих на РС, проблеми, пов'язані з плануванням сім'ї та народженням дитини, є особливо актуальними [1, 3].

Жінки, які народжували дітей, мають більш сприятливий перебіг хвороби [1, 10]. У ряді клінічних досліджень автори вказують на те, що вагітність веде до збільшення періоду переходу у фазу вторинного прогресування і сприяє відстроченню дебюту РС. У жінок, які народжували, перехід у вторинно-прогресуючу фазу відбувається повільніше порівняно з тими, які не народжували [1, 10]. Інші науковці дотримуються схожої думки і вважають, що вагітність або народження не менше ніж 3 дітей призводить до зниження ймовірності досягнення 6 балів за шкалою Expanded Disability Status Scale (EDSS). Зокрема, ці дані підтверджуються у пацієнтів із ремітуючо-рецидивуючим перебігом РС [7]. Якщо перша дитина народилася після появи РС,

ризик переходу з ремітуючо-рецидивуючої фази у вторинно-прогресуючу нижчий порівняно з жінками, чії діти народилися до початку захворювання [7]. Зокрема, пацієнтки, які народили одну або декілька дітей після початку захворювання, можуть мати більш доброякісний перебіг хвороби та більш тривалий час, щоб досягти 6 балів за EDSS від початку хвороби, порівняно з тими, хто не мав дітей після початку захворювання [9, 10].

Тип пологів, використання епідуральної анестезії [2, 6, 7, 9,], годування груддю [2, 7, 10, 12], вік початку РС, вік жінки на момент вагітності, тривалість хвороби, загальна кількість рецидивів до вагітності, кількість попередніх вагітностей або стать дитини [12] не впливають на ризик виникнення післяпологових рецидивів, а також на прогресування інвалідності за EDSS після пологів [6].

Автори встановили, що у жінок, хворих на РС, пологи частіше закінчувалися кесаревим розтином, як плановим, так і позаплановим [9]. При цьому потрібно

Адреса для листування з авторами:

Оринчак Лідія Богданівна
76018, м. Івано-Франківськ, вул. Галицька, 2
Івано-Франківський національний медичний університет
E-mail: lidiasened@gmail.com

© Негрич Т.І., Оринчак Л.Б., 2015

© «Міжнародний неврологічний журнал», 2015

© Заславський О.Ю., 2015

враховувати, що частка кесаревих розтинів у здорових жінок вагомо відрізняється між країнами під впливом соціальних, релігійних і культурних факторів. Тому у жінок із РС існують різні дані щодо кесаревого розтину, що коливаються у діапазоні 10–40 %. Перший період пологів у хворих на РС відбувається, як звичайно, а у другому періоді — у два рази частіше, ніж у здорових жінок, фіксують слабкість пологової діяльності і, як наслідок, частіше застосовують методи її стимуляції [9, 13]. Не було відмінностей за шкалою Апгар уроджених вад чи перинатальної патології між немовлятами жінок із РС і здорових жінок. Інші дослідники дотримуються такої ж думки [7].

Вважають, що активізацію хвороби може викликати переривання вагітності (як штучне, так і самовільне), а також гістеректомія [4]. Лікування безплідності у жінок, хворих на РС, пов'язане з підвищеним ризиком рецидиву в наступний 3-місячний період, особливо коли ця процедура не призводила до вагітності, а для лікування використовували агоністи гонадотропін-релізинг-гормона [5]. Зокрема, використання оральних контрацептивів пов'язане з більш високим ризиком досягнення 6 балів за EDSS [11].

Рекомендується зупинити будь-яку превентивну терапію за три місяці до зачаття або хоча б одразу після того, як жінка дізналася про вагітність [1, 8, 9]. Ці дані ще не мають жодного остаточного наукового підґрунтя.

Упродовж останніх років накопичено чимало даних про вплив народження дітей на РС, проте ці дані не завжди збігаються, а деколи і суперечать один одному. Саме тому ми провели подібне обстеження серед жителів Прикарпаття.

Мета дослідження — вивчити особливості перебігу РС у жінок залежно від народження ними дітей.

Матеріали та методи

У період із грудня 2012 р. по липень 2014 р. на базі неврологічного відділення Івано-Франківської обласної клінічної лікарні було обстежено 207 жінок, хворих на РС, — жителів м. Івано-Франківська та Івано-Франківської області, із вірогідно підтвердженим діагнозом РС. Усі хворі були оглянуті у стадії ремісії. У цих пацієнтів зібрано анамнез життя, захворювання та детально вивчено перебіг вагітностей і народження дітей, а також проведено клініко-неврологічне обстеження. Середній вік пацієнтів становив $37,91 \pm 0,72$ року, середній ступінь тяжкості за шкалою EDSS — $4,09 \pm 0,10$ бала. Середній вік початку РС у всіх оглянутих жінок — $27,44 \pm 0,66$ року. Для діагностики РС використовували критерії McDonald et al. (2010). Діагноз РС встановлювали на підставі ретельного виявлення та вивчення скарг, анамнезу захворювання, параклінічних (магнітно-резонансна томографія) методів обстеження хворих. Група контролю у рамках цього дослідження не була передбачена.

Статистичне опрацювання отриманих результатів здійснювали за допомогою пакета прикладних про-

грам Statistica 6.0. Розраховували середнє арифметичне і стандартну похибку. Ступінь вірогідності визначали за допомогою t-критерію Стьюдента. Вірогідними вважали зміни показників за умови $p < 0,05$.

Результати та обговорення

Усіх оглянутих жінок, хворих на РС, розподілили на дві групи. До першої групи зарахували осіб, які не мали вагітностей в анамнезі, а до другої — жінок, які мали вагітності, що закінчувалися народженням дітей. Решта жінок на час огляду були вагітними або мали вагітності, що закінчилися абортми, тому їх не зараховували до жодної виділеної групи. У досліджуваних групах хворих порівнювали середній бал за шкалою інвалідності EDSS (табл. 1). Середня тривалість захворювання жінок на час народження дитини — $5,90 \pm 0,51$ року.

Відповідно до табл. 1 середній бал за шкалою EDSS був вірогідно вищий у групі жінок, які народжували дітей, порівняно з балом у групі жінок, які не мали вагітностей ($4,21 \pm 0,11$ порівняно з $3,68 \pm 0,22$; $t = 2,14$; $p < 0,05$) (рис. 1). Ці результати суперечать даним, наведеним у літературі, про те, що народження дітей сприяє нижчому балу за шкалою інвалідизації EDSS.

Дослідили особливості типів перебігу демієлінізуючого процесу у виділених групах хворих на РС. Аналізуючи отримані результати, не виявили статистично вірогідної різниці між кількістю жінок, хворих на ремітуючо-рецидивуючий тип РС, які не мали вагітностей та які народжували дітей ($85,37 \pm 5,52$ проти $83,44 \pm 2,91$; $t = 0,31$, $p > 0,05$).

Вторинно-прогресуючий перебіг спостерігався у $9,76 \pm 4,63$ % осіб, які не мали вагітностей в анамнезі, та у $14,11 \pm 2,73$ % жінок, хворих на РС, які народжували дітей, різниця між ними була невірогідною ($t = 0,81$; $p > 0,05$). Первинно-прогресуючий перебіг РС спостерігався майже в однакової частини хворих жінок, які не мали вагітностей та які народжували дітей ($4,88 \pm 3,36$ проти $2,45 \pm 1,20$; $t = 0,68$; $p > 0,05$) (рис. 2).

На рис. 2 подано узагальнені дані про розподіл обстежених нами хворих на РС залежно від різних типів перебігу патологічного процесу та вагітностей в анамнезі.

Згідно з рис. 2, у двох виділених групах вірогідно переважав ремітуючо-рецидивуючий перебіг РС.

Продовжуючи вивчення впливу вагітності та народження дітей на перебіг РС, проаналізували середній бал за шкалою інвалідності EDSS у жінок, хворих на РС, залежно від кількості народжених дітей. Оглянутих жінок ($n = 204$) розподілили на 4 групи: 1) хворі на РС; 2) які не мали вагітностей; 3) які народили 1, 2 дітей; 4) які народили 3 і більше дітей (табл. 2).

Дані табл. 2 показали, що бал за шкалою EDSS у групі хворих на РС, які не мали вагітностей, виявився нижчим порівняно з жінками, які народили 2 дітей ($3,68 \pm 0,22$ проти $4,39 \pm 0,14$; $t = 2,71$; $p < 0,05$). Вищий бал спостерігався у жінок, які народили 2 дітей, порівняно з

тими, хто народив 1 дитину ($3,93 \pm 0,18$ проти $4,39 \pm 0,14$; $t = 2,01$; $p < 0,05$) (рис. 3).

Отже, несприятливим фактором у жінок, хворих на РС, є народження 2 дітей, оскільки, згідно з отриманими даними, у них спостерігається вищий ступінь інвалідизації. Ці дані не відповідають опублікованим дослідженням про те, що вагітність або народження не менше 3 дітей призводить до зниження ймовірності досягнення вищого бала за шкалою EDSS. Очевидно, це є особливістю нашого регіону.

Під час проведення дослідження детально проаналізовано анамнез у жінок, які мали вагітності після початку РС. Дану когорту хворих розподілили на три групи: до першої групи зарахували жінок, які тільки

народжували дітей (50,00 %), до другої — осіб, в яких вагітності закінчилися перериванням (22,06 %), а до третьої групи увійшли жінки, які після початку РС і народжували, і робили аборт (27,94 %) (табл. 3).

У табл. 3 відзначено, що у найбільшій частині оглянутих пацієнтів, хворих на РС, вагітності закінчувалися виключно пологам, і цей показник був вірогідно вищим порівняно з жінками, у яких вагітності після дебюту РС закінчувалися перериванням вагітності ($50,00 \pm 6,06$ проти $22,06 \pm 5,03$; $t = 3,55$; $p < 0,01$), а також з особами, які після початку РС і народжували, і робили аборт ($50,00 \pm 6,06$ проти $27,94 \pm 5,44$; $t = 12,71$; $p < 0,01$). Отже, найбільша частина жінок після початку РС народжували дітей. Це може свідчити про те, що серед мешканців

Таблиця 1. Розподіл жінок, хворих на РС, залежно від вагітностей в анамнезі та бала за шкалою інвалідизації EDSS

Жінки, хворі на РС	Кількість обстежених у групі (n)	Середній бал за EDSS та його стандартні похибки (M ± m)	Коефіцієнт Стюдента (t) порівняно з групою жінок, які не мали вагітностей	Вірогідність різниці порівняно з групою жінок, які не мали вагітностей (p)
Не мали вагітностей	41	$3,68 \pm 0,22$	–	–
Народжували дітей	163	$4,21 \pm 0,11$	2,14	$< 0,05^*$

Примітка: * — статистично вірогідна різниця.

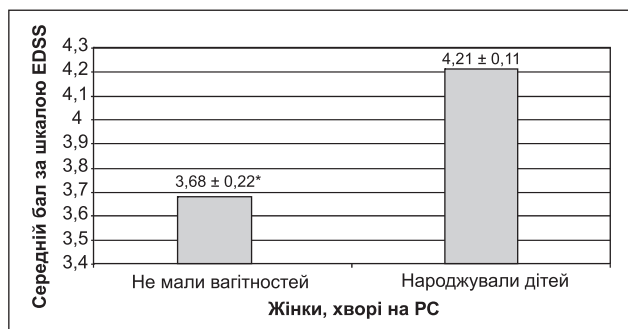


Рисунок 1. Порівняння середнього бала за шкалою інвалідизації EDSS у жінок, хворих на РС, які не мали вагітностей, та у жінок, які народжували дітей; * — $p < 0,05$ порівняно з групою жінок, які народжували дітей

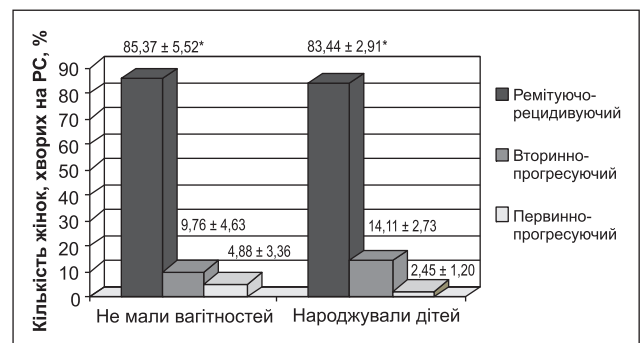


Рисунок 2. Порівняння типів перебігу РС у жінок, які не мали вагітностей, та у жінок, які народжували дітей; * — $p < 0,01$ порівняно з вторинно-прогресуючим типом РС

Таблиця 2. Розподіл жінок, хворих на РС, залежно від кількості народжених дітей та бала за шкалою інвалідизації EDSS

Жінки, хворі на РС	Кількість обстежених у групі (n)	Середній бал за EDSS та його стандартні похибки (M ± m)	Коефіцієнт Стюдента (t) порівняно з групою жінок, які не мали вагітностей	Вірогідність різниці порівняно з групою жінок, які не мали вагітностей (p)	Коефіцієнт Стюдента (t) порівняно з групою жінок, які народили 1 дитину	Вірогідність різниці порівняно з групою жінок, які народили 1 дитину (p)	Коефіцієнт Стюдента (t) порівняно з групою жінок, які народили 2 дітей	Вірогідність різниці порівняно з групою жінок, які народили 2 дітей (p)
Не мали вагітностей	41	$3,68 \pm 0,22$	–	–	–	–	–	–
Народили 1 дитину	59	$3,93 \pm 0,18$	0,88	$> 0,05$	–	–	–	–
Народили 2 дітей	85	$4,39 \pm 0,14$	2,71	$< 0,05^*$	2,01	$< 0,05^*$	–	–
Народили 3 і більше дитини	19	$4,21 \pm 0,30$	1,41	$> 0,05$	0,79	$> 0,05$	0,55	$> 0,05$

Примітка: * — статистично вірогідна різниця.

Прикарпаття переважають побожні люди, які не схильні до абортів (рис. 4).

Вивчали вплив пологів та абортів на працездатність жінок, хворих на РС. Порівнювали середній бал за шкалою EDSS у цих груп пацієнтів (табл. 4).

Бал за шкалою EDSS виявився найнижчим у жінок, які після початку РС тільки народжували дітей, проте

цей показник не досяг статистично вірогідної різниці порівняно з досліджуваними групами ($p > 0,05$).

Дослідили кількість хворих на РС із ремітуючо-рецидивуючим перебігом серед виділених груп пацієнтів (табл. 5).

Не виявили статистично вірогідних відмінностей між жінками, хворими на РС, із ремітуючо-рецидивуючим

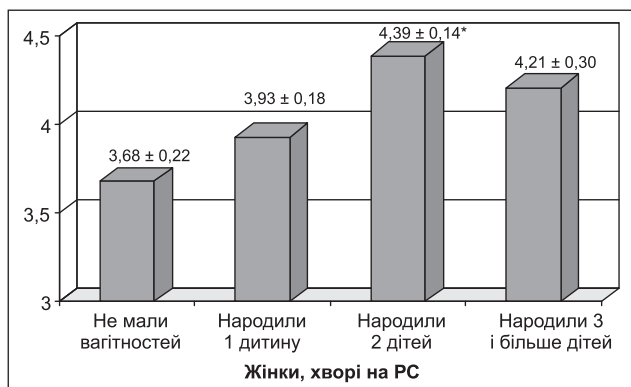


Рисунок 3. Порівняння середнього бала за EDSS у жінок, хворих на РС, залежно від кількості народжених дітей; * — $p < 0,05$ порівняно з балом у жінок, хворих на РС, які не мали вагітностей та які народили 1 дитину

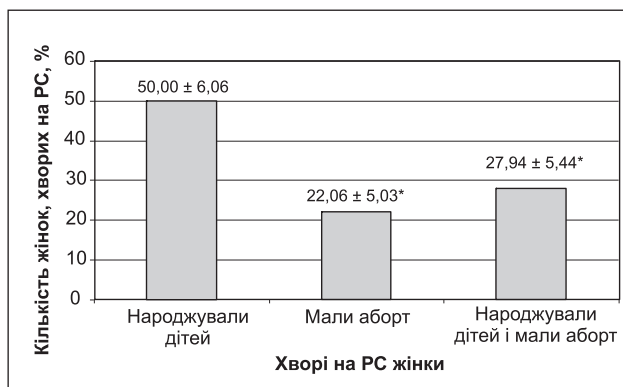


Рисунок 4. Порівняння середньої кількості жінок, хворих на РС, із різними варіантами завершення їх вагітностей; * — $p < 0,01$ порівняно з жінками, хворими на РС, які тільки народжували дітей після дебюту РС

Таблиця 3. Розподіл жінок, хворих на РС, залежно від завершення їх вагітностей

Жінки, хворі на РС	Кількість обстежених у групі (n)	Частка (%) осіб у загальній структурі та її стандартна похибка ($P \pm m$)	Коефіцієнт Стьюдента (t) порівняно з групою жінок, хворих на РС, які народжували дітей	Вірогідність різниці порівняно з групою жінок, хворих на РС, які народжували дітей (p)	Коефіцієнт Стьюдента (t) порівняно з групою жінок, хворих на РС, які мали тільки переривання вагітностей	Вірогідність різниці порівняно з групою жінок, хворих на РС, які мали тільки переривання вагітностей (p)
Народжували дітей	34	50,00 ± 6,06	–	–	–	–
Мали тільки переривання вагітності	15	22,06 ± 5,03	3,55	< 0,01*	–	–
Народжували і робили аборт	19	27,94 ± 5,44	12,71	< 0,01*	0,79	> 0,05

Примітка: * — статистично вірогідна різниця.

Таблиця 4. Розподіл жінок, хворих на РС, залежно від завершення їх вагітностей і бала за шкалою інвалідизації EDSS

Жінки, хворі на РС	Кількість обстежених у групі (n)	Середній бал за шкалою EDSS та його стандартні похибки ($M \pm m$)	Коефіцієнт Стьюдента (t) порівняно з групою жінок, хворих на РС, які тільки народжували дітей	Вірогідність різниці порівняно з групою жінок, хворих на РС, які тільки народжували дітей (p)	Коефіцієнт Стьюдента (t) порівняно з групою жінок, хворих на РС, які мали тільки переривання вагітностей	Вірогідність різниці порівняно з групою жінок, хворих на РС, які мали тільки переривання вагітностей (p)
Народжували дітей	34	3,75 ± 0,16	–	–	–	–
Мали тільки переривання вагітності	15	4,20 ± 0,43	0,97	> 0,05	–	–
Народжували і робили аборт	19	4,18 ± 0,17	1,87	> 0,05	0,03	> 0,05

перебігом захворювання залежно від завершення вагітності ($p > 0,05$).

Вторинно-прогресуючий тип перебігу РС було зареєстровано в однієї хворої ($2,94 \pm 2,90$ %) з групи жінок, які після дебюту РС тільки народжували дітей; та у 2 осіб ($13,33 \pm 8,78$ %), які мали переривання вагітності, та в однієї пацієнтки ($5,26 \pm 5,12$ %) з групи жінок, які народжували і мали аборт. Первинно-прогресуючий тип за-

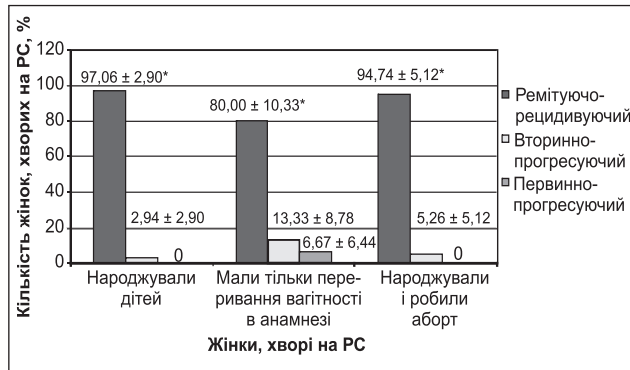


Рисунок 5. Порівняння типів перебігу РС у жінок за різними варіантами завершення їх вагітностей; * — $p < 0,01$ порівняно з кількістю хворих із вторинно-прогресуючим перебігом

хворювання спостерігався в однієї жінки ($6,67 \pm 6,44$ %) з групи хворих, які мали переривання вагітності (рис. 5).

У всіх трьох групах пацієнток переважав ремітуючо-рецидивуючий тип РС. В осіб, які після дебюту РС тільки народжували дітей, спостерігався найвищий рівень найбільш курабельного ремітуючо-рецидивуючого РС. Отримані результати узгоджуються з висновками інших досліджень про те, що народження дітей після початку РС позитивно впливає на клінічні характеристики цього захворювання, а переривання вагітності, навпаки, сприяє прогресуванню демієлінізуючого процесу [4, 9, 10].

Для поглибленого вивчення впливу вагітності і народження дітей усіх оглянутих жінок розподілили на 3 групи. До першої групи зарахували пацієнток, які народжували дітей тільки до початку РС (53,17 %), до другої — жінок, які народжували після дебюту демієлінізуючого процесу (в цю групу входять жінки, які народжували до і після дебюту РС, а також жінки, які вперше народжували після початку захворювання) (25,85 %), а третю групу становили жінки, які не народжували дітей (20,97 %). Решта жінок на час огляду були вагітними, тому їх не зарахували до жодної групи. Проаналізували середній бал за шкалою EDSS між виділеними групами (табл. 6).

Таблиця 5. Розподіл жінок, хворих на РС, із ремітуючо-рецидивуючим перебігом залежно від завершення вагітності

Жінки, хворі на РС	Кількість обстежених у групі (n)	Частка (%) осіб у загальній структурі та її стандартна похибка ($P \pm m$)	Коефіцієнт Стьюдента (t) порівняно з групою жінок, хворих на РС, які тільки народжували	Вірогідність різниці порівняно з групою жінок, хворих на РС, які тільки народжували (p)	Коефіцієнт Стьюдента (t) порівняно з групою жінок, хворих на РС, які мали тільки переривання вагітностей	Вірогідність різниці порівняно з групою жінок, хворих на РС, які мали тільки переривання вагітностей (p)
Народжували дітей	33	97,06 ± 2,90	-	-	-	-
Мали тільки переривання вагітності	12	80,00 ± 10,33	1,59	> 0,05	-	-
Народжували і робили аборт	18	94,74 ± 5,12	0,39	> 0,05	1,28	> 0,05

Таблиця 6. Розподіл жінок, хворих на РС, із різними термінами народження дітей щодо дебюту захворювання залежно від шкали інвалідизації EDSS

Жінки, хворі на РС	Кількість обстежених у групі (n)	Середній бал за шкалою EDSS та його стандартні похибки ($M \pm m$)	Коефіцієнт Стьюдента (t) порівняно з групою жінок, які не народжували дітей	Вірогідність різниці порівняно з групою жінок, які не народжували дітей (p)	Коефіцієнт Стьюдента (t) порівняно з групою жінок, які народжували після появи перших проявів захворювання	Вірогідність різниці порівняно з групою жінок, які народжували після появи перших проявів захворювання (p)
Не народжували дітей	43	3,71 ± 0,22	-	-	-	-
Народжували після появи перших проявів захворювання	53	3,89 ± 0,12	0,69	> 0,05	-	-
Народжували тільки до появи перших проявів захворювання	109	4,38 ± 0,14	2,55	< 0,05*	2,59	< 0,05*

Примітка: * — статистично вірогідна різниця.

Згідно з даними табл. 6, виявлено статистично вірогідну різницю між середнім балом за шкалою EDSS у хворих жінок, які не народжували дітей, та жінок, які народжували до появи перших проявів РС ($3,71 \pm 0,22$ порівняно з $4,38 \pm 0,14$; $t = 2,55$; $p < 0,05$). У жінок,

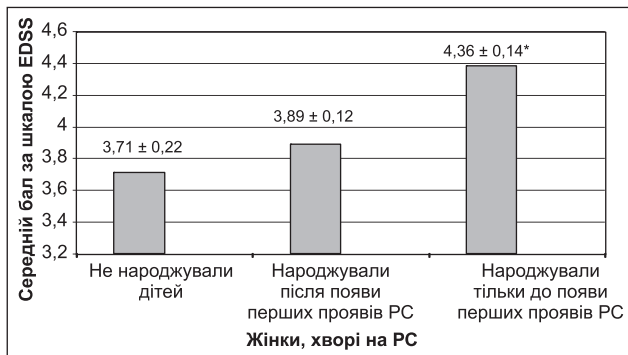


Рисунок 6. Порівняння середнього бала за шкалою інвалідності EDSS у жінок, хворих на РС, із різними термінами народження дітей щодо дебюту захворювання; * – $p < 0,05$ порівняно з жінками, які не народжували дітей та які народжували після початку РС

хворих на РС, які народжували дітей після дебюту РС, бал за шкалою EDSS був вірогідно нижчий, ніж бал у пацієток, які народжували тільки до перших проявів демієлінізуючого процесу ($3,89 \pm 0,12$ порівняно з $4,38 \pm 0,14$; $t = 2,59$; $p < 0,05$) (рис. 6). Отже, отримані результати узгоджуються з даними літератури про те, що жінки, які народжували після перших проявів хвороби, мають більш доброякісний перебіг РС порівняно з особами, які народжували тільки до початку захворювання [7, 9, 10].

Проаналізували частоту ремітуючо-рецидивуючого типу РС у виділених групах хворих (табл. 7).

Згідно з табл. 7, ремітуючо-рецидивуючий тип РС найчастіше зустрічався у групі жінок, які народжували дітей після перших проявів демієлінізуючого процесу, і цей показник був вірогідно вищий порівняно з часткою осіб, які народжували тільки до початку РС.

У табл. 8 наведено порівняння кількості жінок, хворих на РС, із вторинно-прогресуючим типом перебігу захворювання залежно від часу народження дітей.

Таблиця 7. Розподіл жінок, хворих на РС, із ремітуючо-рецидивуючим РС залежно від народження дітей щодо дебюту захворювання

Жінки, хворі на РС	Кількість обстежених у групі (n)	Частка (%) у загальній структурі та її стандартна похибка ($P \pm m$)	Коефіцієнт Стьюдента (t) порівняно з групою жінок, які не народжували дітей	Вірогідність різниці порівняно з групою жінок, які не народжували дітей (p)	Коефіцієнт Стьюдента (t) порівняно з групою жінок, які народжували після появи перших проявів захворювання	Вірогідність різниці порівняно з групою жінок, які народжували після появи перших проявів захворювання (p)
Не народжували дітей	37	$85,71 \pm 5,40$	–	–	–	–
Народжували після появи перших проявів захворювання	51	$96,23 \pm 2,62$	1,77	$> 0,05$	–	–
Народжували тільки до появи перших проявів захворювання	84	$77,06 \pm 4,03$	1,28	$> 0,05$	3,99	$< 0,01^*$

Примітка: * – статистично вірогідна різниця.

Таблиця 8. Розподіл жінок, хворих на РС, із вторинно-прогресуючим РС залежно від народження дітей щодо дебюту захворювання

Жінки, хворі на РС	Кількість обстежених у групі (n)	Частка (%) осіб у загальній структурі та її стандартна похибка ($P \pm m$)	Коефіцієнт Стьюдента (t) порівняно з групою жінок, які не народжували дітей	Вірогідність різниці порівняно з групою жінок, які не народжували дітей (p)	Коефіцієнт Стьюдента (t) порівняно з групою жінок, які народжували після появи перших проявів захворювання	Вірогідність різниці порівняно з групою жінок, які народжували після появи перших проявів захворювання (p)
Не народжували дітей	4	$9,52 \pm 4,53$	–	–	–	–
Народжували після появи перших проявів захворювання	2	$3,77 \pm 2,62$	1,10	$> 0,05$	–	–
Народжували тільки до появи перших проявів захворювання	21	$19,27 \pm 3,78$	1,65	$> 0,05$	3,37	$< 0,01^*$

Примітка: * – статистично вірогідна різниця.

Таблиця 9. Розподіл жінок, хворих на РС, залежно від типу пологів

Тип пологів	Кількість обстежених у групі (n)	Частка (%) у загальній структурі та її стандартна похибка (P ± m)	Коефіцієнт Стьюдента (t) порівняно з кількістю фізіологічних пологів	Вірогідність різниці порівняно з кількістю фізіологічних пологів (p)
Фізіологічний шлях	45	83,56 ± 4,34	–	–
Кесарів розтин	8	16,44 ± 4,34	10,94	< 0,01*

Примітка: * – статистично вірогідна різниця.

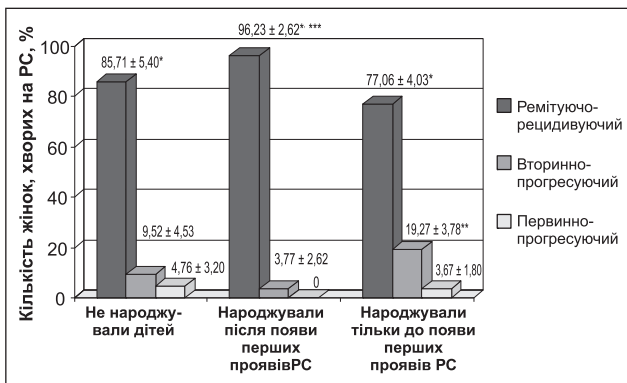


Рисунок 7. Порівняння типів перебігу РС у жінок, хворих на РС, залежно від народження ними дітей; * – $p < 0,01$ порівняно з кількістю жінок із вторинно-прогресуючим РС; ** – $p < 0,01$ порівняно з кількістю жінок, хворих на вторинно-прогресуючий РС, які народжували після появи перших проявів захворювання; *** – $p < 0,01$ порівняно з кількістю жінок, хворих на ремітуючо-рецидивуючий РС, які народжували тільки до появи перших проявів захворювання

Відповідно до табл. 8, вторинно-прогресуючий тип перебігу РС найчастіше зустрічався у жінок, які народжували тільки до початку РС.

Первинно-прогресуючий тип захворювання зафіксовано у 4 жінок (3,67 ± 1,80 %), хворих на РС, які народжували тільки до появи перших проявів РС та у 2 осіб (4,76 ± 3,29 %), які взагалі не народжували дітей.

На рис. 7 подано розподіл усіх оглянутих нами жінок, хворих на РС, залежно від народження ними дітей.

На рис. 7 подано що, у всіх жінок вірогідно переважав ремітуючо-рецидивуючий тип перебігу РС ($p < 0,01$). Жінки, які народжували після дебюту РС, мали найвищий рівень більш прогностично сприятливого ремітуючо-рецидивуючого типу та найнижчий рівень вторинно-прогресуючого РС ($p < 0,01$ порівняно з кількістю жінок, які народжували тільки до початку захворювання).

Таким чином, отримані нами результати показали, що народження дітей після початку появи перших проявів РС у жінок позитивно впливає на клінічні характеристики РС. Так, жінки, які народжували після дебюту РС, мали нижчий бал за шкалою інвалідизації та вірогідно вищу ймовірність найбільш доброякісного ремітуючо-рецидивуючого перебігу патологічного процесу. Отримані результати узгоджуються з висновками інших досліджень [9, 10].

Серед оглянутих нами жінок, хворих на РС, фізіологічним шляхом народжували 45 жінок (83,56 ± 4,34 %), а шляхом кесаревого розтину — 8 (16,44 ± 4,34 %). Порівняли кількість фізіологічних пологів та пологів шляхом кесаревого розтину (табл. 9).

У табл. 9 зазначено, що вірогідно більша частина пологів у хворих на РС були фізіологічними порівняно з пологами шляхом кесаревого розтину (83,56 ± 4,34 проти 16,44 ± 4,34; відповідно $t = 10,94$; $p < 0,01$). Ці результати суперечать даним огляду літератури [9], де припускають, що жінки, хворі на РС, схильні до кесаревого розтину.

Висновки

1. У всіх оглянутих хворих на РС вірогідно переважав ремітуючо-рецидивуючий перебіг РС.
2. Середній бал за шкалою EDSS був вірогідно вищий у групі жінок, які народжували дітей, порівняно з балом у групі жінок, які не мали вагітностей. Зокрема, у хворих на РС, які народили 2 дітей, спостерігався найвищий ступінь інвалідизації за EDSS порівняно з жінками, які не мали вагітностей, та тими, хто народжував одну дитину.
3. Встановлено, що вірогідно більша частина оглянутих жінок народжували дітей після дебюту РС порівняно з пацієнтками, які мали переривання вагітності або які і народжували, і робили аборт. Жінки, які після початку РС народжували дітей, мали найвищий рівень прогностично сприятливого ремітуючо-рецидивуючого типу перебігу РС.

Список літератури

1. Белова А.Н. Рассеянный склероз и беременность / Белова А.Н., Качалина Т.С. Крупин В.Н. // Неврологический журнал. — 2010. — № 6. — С. 4-10.
2. Леманн-Хорн Ф. Лечение заболеваний нервной системы / Леманн-Хорн Ф., Лудольф А. — М.: МедПресс-информ, 2009. — С. 231-232.
3. Негрич Т.І., Шоробура М.С., Негрич Н.О. та ін. Особливості перебігу розсіяного склерозу в жінок у період вагітності та вплив патогенетичного лікування на стан плода й новонародженого / [Негрич Т.І., Шоробура М.С., Негрич Н.О. та ін.] // Міжнар. неврол. журн. — 2013. — № 1. — С. 11-16.
4. Шмидт Т.Е. Рассеянный склероз / Шмидт Т.Е., Яхно Н.Н. — М.: МедПресс-информ, 2010. — С. 234-237.
5. D’Hooghe M.B. Female gender and reproductive factors affecting risk, relapses and progression in multiple sclerosis / D’Hooghe M.B., D’Hooghe T., De Keyser J. // Gynecol. Obstet. Invest. — 2013. — Vol. 75(2). — P. 73-84.

6. Pastó L., Portaccio E., Ghezzi A., et al. Epidural analgesia and cesarean delivery in multiple sclerosis post-partum relapses: the Italian cohort study / [Pastó L., Portaccio E., Ghezzi A. et al.] // *BMC Neurol.* — 2012. — Vol. 12. — P. 165.

7. Borisow N., Döring A., Pfueller C. et al. Expert recommendations to personalization of medical approaches in treatment of multiple sclerosis: an overview of family planning and pregnancy / [Borisow N., Döring A., Pfueller C. et al.] // *The EPMA Journal.* — 2012. — Vol. 3, № 9. — P. 1-10.

8. Houtchens M.K. Pregnancy and multiple sclerosis / M.K. Houtchens. // *Semin. Neurol.* — 2007. — Vol. 27, № 5. — P. 434-441.

9. Lee M., O'Brien P. Pregnancy and multiple sclerosis // *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry — BMJ Journals.* — 2008. — № 79. — P. 1308-1311.

10. Lorenzi A.R., Ford H.L. Multiple sclerosis and pregnancy / A.R. Lorenzi, H.L. Ford. // *Postgrad. Med. J.* — 2002. — № 78. — P. 460-464.

11. D'Hooghe M.B., Haentjens P., Nagels G. et al. Menarche, oral contraceptives, pregnancy and progression of disability in relapsing onset and progressive onset multiple sclerosis / [D'Hooghe M.B., Haentjens P., Nagels G. et al.] // *J. Neurol.* — 2012. — Vol. 259(5). — P. 855-61.

12. Vukusic S., Hutchinson M., Hours M. et al. Pregnancy and multiple sclerosis (the PRIMIS study): clinical predictors of post-partum relapse / [Vukusic S., Hutchinson M., Hours M. et al.] // *Brain.* — 2004. — Vol. 127. — P. 1353-1360.

13. Dahl J., Daltveit A.K., Myhr K.M. et al. Pregnancy, delivery, and birth outcome in women with multiple sclerosis / [Dahl J., Daltveit A.K., Myhr K.M. et al.] — *Neurology.* — 2005. — Vol. 65. — P. 1961-1962.

14. Ramagopalan S.V. Epidemiology of multiple sclerosis / Ramagopalan S.V., Sadovnick A.D. // *Neurol. Clin.* — 2011. — Vol. 29. — P. 207-217.

Отримано 13.02.15 ■

Негрич Т.І.¹, Оринчак Л.Б.^{2,3}

¹ Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

² Івано-Франківська обласна клінічна лікарня

³ Івано-Франківський національний медичний університет

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА У ЖЕНЩИН В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РОЖДАЕМОСТИ ДЕТЕЙ

Резюме. В статье приведены данные собственного исследования влияния беременности и рождаемости детей на клинические характеристики рассеянного склероза (РС). Обработаны данные обследования 207 женщин, больных рассеянным склерозом. У всех женщин собран анамнез жизни и заболеваемости, детально изучено течение беременностей и рождаемость детей. Приведены данные типа родов среди осмотренных нами женщин, больных РС. Проанализированы особенности типа течения, степени прогрессирования РС по шкале инвалидизации EDSS в зависимости от количества рожденных детей. В частности, исследовано течение РС у женщин, которые рожали после дебюта этого заболевания. Показано влияние прерывания беременности на характеристики демиелинизирующего процесса.

Ключевые слова: рассеянный склероз, дебют, беременность, рождение детей.

Negrych T.I.¹, Orynychak L.B.^{2,3}

¹ Lviv National Medical University named after Danylo Halytskyi

² Ivano-Frankivsk Regional Clinical Hospital

³ Ivano-Frankivsk National Medical University, Ukraine

FEATURES OF MULTIPLE SCLEROSIS COURSE IN WOMEN IN REGARD WITH CHILDBIRTH

Summary. The article presents the data of own research of the influence of pregnancy and childbirth on clinical characteristics of multiple sclerosis. There were analyzed the data of the 207 observed women suffering from multiple sclerosis. There was collected the history of life and disease, and as well as the course of pregnancy and childbirth were studied in details. The data on the types of delivery among the examined women suffering from multiple sclerosis were presented. There were analyzed the peculiarities of the course, degree of multiple sclerosis progression according to EDSS depending on the number of the children born. In particular, there was studied the multiple sclerosis course in women giving birth after the disease onset. The effect of abortion on the demyelinating process was shown.

Key words: multiple sclerosis, onset, pregnancy, childbirth.