

Особливості репродуктивного та соматичного анамнезу вагітних з недиференційованою дисплазією сполучної тканини

А.Л. Костюк

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

Мета дослідження: вивчення особливостей соматичного та репродуктивного анамнезу вагітних з недиференційованою дисплазією сполучної тканини з метою ранньої діагностики подальших акушерських та перинатальних ускладнень.

Матеріали та методи. Обстежено 100 пацієток з клініко-лабораторними ознаками недиференційованої дисплазії сполучної тканини. На підставі отриманих результатів пацієнтки були розподілені на дві групи: основну групу – 50 жінок (вираженість ≥ 6 балів), яких розцінювали як пацієток з вираженою недиференційованою дисплазією сполучної тканини, і групу порівняння – 50 жінок (вираженість < 6 балів), яких розцінювали як пацієток без вираженої недиференційованої дисплазії сполучної тканини.

Результати. Результати проведених досліджень свідчать про важливу роль встановлення особливостей соматичного і репродуктивного анамнезу вагітних з клініко-лабораторними та функціональними ознаками недиференційованої дисплазії сполучної тканини.

Заключення. Отримані результати необхідно використовувати для проведення прегравідарної підготовки і прогнозування можливих акушерських і перинатальних ускладнень під час вагітності.

Ключові слова: недиференційована дисплазія сполучної тканини, репродуктивний і соматичний анамнез.

Недиференційована дисплазія сполучної тканини (нДСТ) на сьогодні зумовлена як великою поширеністю даної патології у популяції (частота окремих її проявів, за даними різних авторів, коливається від 26% до 80%), так і різноманітністю та важкістю її клінічних проявів [1, 2]. Сьогодні дисплазія сполучної тканини (ДСТ) трактується як група генетично гетерогенних та клінічно поліморфних патологічних станів, для яких характерне порушення формування сполучної тканини (СТ) в ембріональний та постнатальний періоди, та поєднує в собі низку генних синдромів (Марфана, Елерса–Данлоса) та недиференційовані форми з мультифакторіальними механізмами розвитку.

Незважаючи на високий ризик виникнення ускладнень при диференційованій дисплазії сполучної тканини (лДСТ), на практиці особливо часто доводиться стикатися з нДСТ. На відміну від синдромних форм прояву, нДСТ нерідко залишаються без належної уваги. У той самий час універсальність сполучнотканинного дефекту при нДСТ передбачає різноманітність вісцелярних змін, частина з яких може мати серйозні клінічні наслідки.

В акушерській практиці проблема нДСТ вельми актуальна, оскільки поширеність даного синдрому сягає 80% серед жінок репродуктивного віку [3, 4]. Ураховуючи системність ураження, нДСТ може чинити негативний вплив на перебіг вагітності, спричинювати виникнення перинатальної захворюваності та смертність новонароджених. Так, загроза переривання вагітності становить 50% у жінок з нДСТ [5, 6]. Також при нДСТ дуже ча-

сто спостерігається плацентарна дисфункція (ПД), передчасне вилиття навколоплідних вод (ПВНВ) тощо [1, 7].

Проте відомості про особливості преморбідного фону у таких жінок суперечливі, що стало підставою до проведення наукового дослідження з даного питання.

Мета дослідження: вивчення особливостей соматичного та репродуктивного анамнезу вагітних з нДСТ для ранньої діагностики подальших акушерських і перинатальних ускладнень.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Було обстежено 100 пацієток з клініко-лабораторними ознаками нДСТ.

На підставі отриманих результатів пацієнтки були розподілені на дві групи: основну групу – 50 жінок (вираженість нДСТ < 6 балів), яких вважали пацієнтками з вираженою нДСТ, та групу порівняння – 50 жінок (вираженість нДСТ < 6 балів), яких вважали пацієнтками без вираженої нДСТ.

Критеріями залучення пацієток у дослідження були: наявність ознак нДСТ, вік пацієток (від 22 до 45 років), термін вагітності (38–40 тиж), наявність рубця на матці після операції кесарева розтину. Критерії виключення: диференційовані форми ДСТ, важка екстрагенітальна патологія та багатоплідна вагітність.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Усі залучені у дослідження пацієнтки були зіставні за віком та соматичним здоров'ям. Вік залучених у дослідження вагітних коливався від 22 до 45 років і становив у середньому $30,2 \pm 1,2$ та $28,2 \pm 0,9$ року відповідно за групами. Аналіз співвідношення маси тіла та зросту в обстежених вагітних відхилень від популяційних норм не виявив: середня маса тіла становила $60,8 \pm 2,14$ та $63,3 \pm 2,15$ кг, середній зріст – $167,1 \pm 3,2$ та $164,9 \pm 4,6$ см відповідно за групами. Проте у пацієток основної групи відзначено більш високі показники коефіцієнта «маса тіла/зріст» – 2,9 та 2,7 відповідно, що не мало статистичної значущості. Ураховуючи мультифакторіальність синдрому нДСТ, а також системність ураження за даної патології, важливе значення мають вивчення анамнезу, вихідний стан здоров'я матері, у зв'язку з чим було досліджено стан здоров'я обстежених вагітних з аналізом особливостей соматичного та гінекологічного анамнезу.

Відмінностей у частоті перенесених у дитинстві інфекційних захворювань у групах виявлено не було, проте в основній групі частіше відзначали краснуху (54,0%), пневмонію (18,%) та ГРЗ (64,0%) (OR=1,2; CI:0,7–1,6 та OR=4,1; CI:0,9–6,9, OR=1,3 та CI:0,6–2,1 відповідно), тоді як у групі порівняння – вітряну віспу (20,0%) (OR=0,8; CI:0,4–1,3).

Серед захворювань ЛОР-органів у пацієток основної групи переважав хронічний тонзиліт – 24,0% (OR=2,5; CI:1,7–2,9) та хронічний гайморит – 8,0% (OR=2,4; CI:1,1–3,2). Крім того, у 2,0% хворих даної групи було проведено тонзилектомію. У частоті інших захворювань відмінностей виявлено не було. Також

у пацієнток з нДСТ було відзначено більшу частоту виникнення хронічного бронхіту – 10,0% (OR=1,6; CI:0,5–1,9) та бронхіальної астми – 4,0% (OR=1,4; CI:0,1–1,7), проте наведені вище відмінності також не мали статистичної значущості.

У соматичному анамнезі даного дослідження у пацієнток основної групи серед захворювань серцево-судинної системи значний відсоток становив порок мітрального клапана (ПМК) – 20,0% (OR=4,4; CI:2,9–5,8) і вегетосудинна дистонія (ВСД) – 46,0%, (OR=1,7; CI:1,4–2,6). Крім того, у пацієнток даної групи в 2,5 рази частіше реєстрували варикозну хворобу. Під час вивчення захворювань травного тракту було відзначено більш високу частоту виникнення хронічного гастриту – 22,0% (OR=1,6; CI:1,3–2,2) та гастродуоденіту – 8,0% (OR=3,2; CI:2,1–4,9) в основній групі. Також у даній групі вдвічі частіше діагностували виразкову хворобу дванадцятипалої кишки та дискінезію жовчовивідних шляхів (OR=0,3; CI:0,1–1,7). Серед захворювань сечовидільної системи у пацієнток основної групи частіше діагностували хронічний пієлонефрит – 20,0% (OR=3,3; CI:2,1–4,9), і лише у цій групі відзначено нефроптоз (4,0%) та сечокам'яну хворобу (6,0%).

За даними низки авторів [1, 2], до найчастіших клінічних проявів нДСТ належить міопія. Згідно з отриманими результатами відзначено високу частоту міопії в основній групі з переважанням міопії середнього – 20,0% та високого ступеня – 8,0% (OR=1,4; CI:1,1–2,9), з хірургічною корекцією – 4,0%. Крім того, в основній групі у 4 рази частіше виявляли астигматизм. Аналіз захворювань ендокринної системи у групах не виявив достовірних відмінностей за частотою. Однак в основній групі частіше відзначали вузловий зоб – 4,0% (OR=2,0; CI:0,1–2,8) та аутоімунний тиреоїдит – 8,0% (OR=1,4; CI:0,9–2,6). Крім того, лише в основній групі відзначено патологію грудних залоз (фіброзно-кістозну мастопатію) – 10,0%, з них у 2,0% пацієнток виявлено перенесені операції на грудній залозі в анамнезі. Під час вивчення опорно-рухового апарату з метою уточнення міри вираженості нДСТ було зафіксовано переважання сколіозу та плоскостопості в основній групі. Крім того, у 12,0% (OR=2,3; CI:1,3–3,9) обстежених пацієнток основної групи констатували вивихи в анамнезі.

Інші автори відзначають, що нДСТ впливає на стан репродуктивного здоров'я, перебіг вагітності і пологів, що зумовило інтерес вивчення акушерського і гінекологічного анамнезу [3, 4].

Середній вік настання менархе в обох групах був практич-

но однаковий та становив у середньому $13,2 \pm 1,2$ року, проте у пацієнток основної групи вдвічі частіше відзначали пізню менархе (понад 15 років) і нерегулярний менструальний цикл. Тривалість менструального циклу становила $29,7 \pm 0,6$ і $29,3 \pm 0,6$ доби відповідно. Переважну більшість пацієнток обох груп раніше спостерігали та лікували з приводу різних захворювань жіночих статевих органів. Під час вивчення структури гінекологічної захворюваності було відзначено високу частоту виникнення цервіциту в основній групі – 66,0% (OR=1,4; CI:1,2–2,3) та хронічного сальпінгоофориту – 16,0% (OR=3,3; CI:2,1–3,8). Дисфункцію яєчників діагностували лише у пацієнток основної групи – 10,0% (OR=2,4; CI:1,9–3,7). Достовірних відмінностей щодо інших нозологій у групах виявлено не було: ендометриоз – 8,0% та 6,0% (OR=1,2; CI:0,5–2,0), безплідність – 10,0% та 10,0% (OR=1,2; CI:0,2–2,2) відповідно.

За даними літератури [5–7], аутоімунний компонент є одним зі значущих факторів у патогенезі ДСТ, у зв'язку з чим було проведено аналіз вихідної інфекційно-запальної захворюваності з визначенням спектра можливих збудників. Серед збудників у пацієнток основної групи переважали вірус простого герпесу (ВПГ) – 20,0% (OR=1,7; CI:0,5–2,4) та цитомегаловірус (ЦМВ) – 14,0% (OR=2,4; CI:0,2–3,7), а також уреалплазма – 18,0% (OR=1,2; CI:0,3–1,8) та мікоплазма – 6,0% (OR=2,0; CI:0,1–1,2).

Більшість пацієнток, включених у дослідження, народжували повторно. У кожній четвертій пацієнтки основної групи і кожній п'ятій пацієнтки групи порівняння відзначено шугучні аборти в анамнезі. Проте в основній групі у 4 рази частіше відзначали ранні викидні – 12,0% (OR=3,9; CI:2,7–7,0), також лише у цій групі відзначено пізні мимовільні викидні – 8,0%.

Наведене вище свідчить про несприятливий акушерський анамнез при нДСТ, що необхідно враховувати під час планування вагітності у даних пацієнток.

ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать про важливу роль встановлених особливостей соматичного та репродуктивного анамнезу у вагітних з клініко-лабораторними та функціональними ознаками недиференційованої дисплазії сполучної тканини. Отримані результати необхідно використовувати для проведення прегравідарної підготовки та прогнозування можливих акушерських і перинатальних ускладнень під час вагітності.

Особенности репродуктивного и соматического анамнеза беременных с недифференцированной дисплазией соединительной ткани

А.Л. Костюк

Цель исследования: изучение особенностей соматического и репродуктивного анамнеза беременных с недифференцированной дисплазией соединительной ткани с целью ранней диагностики последующих акушерских и перинатальных осложнений.

Материалы и методы. Обследовано 100 пациенток с клинико-лабораторными признаками недифференцированной дисплазии соединительной ткани. На основании полученных результатов пациентки были распределены на две группы: основную группу – 50 женщин (выраженность ≥ 6 баллов), расцениваемых как пациентки с выраженной недифференцированной дисплазией соединительной ткани, и группу сравнения – 50 женщин (выраженность < 6 баллов), расцениваемых как пациентки без выраженной недифференцированной дисплазии соединительной ткани.

Результаты. Результаты проведенных исследований свидетельствуют о важной роли установленных особенностей соматического и репродуктивного анамнеза беременных с клинико-лабораторными и функциональными признаками недифференцированной дисплазии соединительной ткани.

Заключение. Полученные результаты необходимо использовать для проведения прегравидарной подготовки и прогнозирования возможных акушерских и перинатальных осложнений при беременности.

Ключевые слова: недифференцированная дисплазия соединительной ткани, репродуктивный и соматический анамнез.

Features of the genesial and somatic anamnesis at pregnant women with an undifferentiated dysplasia of connecting tissue

A.L. Kostyuk

The objective: to study features of the somatic and genesial anamnesis at pregnant women with an undifferentiated dysplasia of connecting tissue for possibility of early diagnostics of the subsequent obstetric and perinatal complications.

Patients and methods. 100 patients with clinical-laboratory signs an undifferentiated dysplasia of connecting tissue are surveyed. On the basis of the received results of the patient were divided into two groups: the main – 50 women (expression ≥ 6 points) regarded as patients with the expressed undifferentiated dysplasia of connecting tissue and group of comparison – 50 women (expression < 6 points), regarded as patients without the connecting tissue expressed by an undifferentiated dysplasia.

Results. Results of the conducted researches testify to an important role of the established features of the somatic and genesial anamnesis at pregnant women with clinical-laboratory and functional signs of an undifferentiated dysplasia of a connecting tissue.

Conclusion. The received results need to be used for carrying out pregravidary preparation and forecasting of possible obstetric and perinatal complications at pregnancy.

Key words: undifferentiated dysplasia of connecting tissue, genesial and somatic anamnesis.

Сведения об авторе

Костюк Алевтина Леонтьевна – Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, 01011, г. Киев, ул. Арсенальная, 5. E-mail: pror-first@nmapo.edu.ua

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Кесова М.И. Течение беременности и родов у пациенток с дисплазией соединительной ткани // Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова. – 2011. – Т. 6, № 2. – С. 81–84.
2. Климанцев И.В. Дисплазия соединительной ткани и плацентарная недостаточность // Акушерство и гинекология. – 2009. – № 1. – С. 21–24.
3. Лукина Т.С. Математическое прогнозирование недифференцированной дисплазии соединительной ткани // Вестник новых медицинских технологий. – 2012. – № 4. – С. 69–70.
4. Павлов О.Г. Терапия препаратами магния при беременности у женщин с недифференцированной дисплазией соединительной ткани // Вестник новых медицинских технологий. – 2014. – № 1. – С. 5–10.
5. Сухих Г.Т. Беременность, роды и послеродовый период у женщин после операций на матке при недифференцированных формах дисплазии соединительной ткани // Акушерство и гинекология. – 2010. – № 2. – С. 26–29.
6. Фадеева Т.С. Беременность у женщин с дисплазией соединительной ткани // Вестник Российского Государственного медицинского университета. – 2015. – № 2. – С. 171–172.
7. Фадеева Т.С. Анализ течения беременности и родов у женщин с недифференцированной дисплазией соединительной ткани // Вестник новых медицинских технологий. – 2009. – № 2. – С. 106–107.

Статья поступила в редакцию 19.05.17

ДО УВАГИ АВТОРІВ! АЛГОРИТМ РЕЄСТРАЦІЇ ORCID

Open Researcher and Contributor ID (ORCID) – міжнародний ідентифікатор науковця

Створення єдиного реєстру науковців та дослідників на міжнародному рівні є найбільш прогресивною та своєчасною ініціативою світового наукового товариства. Ця ініціатива була реалізована через створення в 2012 році проекту Open Researcher and Contributor ID (ORCID). ORCID - це реєстр унікальних ідентифікаторів вчених та дослідників, авторів наукових праць та наукових організацій, який забезпечує ефективний зв'язок між науковцями та результатами їхньої дослідницької діяльності, вирішуючи при цьому проблему отримання повної і достовірної інформації про особу вченого в науковій комунікації.

Для того щоб зареєструватися в ORCID через посилання <https://orcid.org/> необхідно зайти у розділ «For researchers» і там натиснути на посилання «Register for an ORCID iD».

У реєстраційній формі послідовно заповнюються обов'язкові поля: «First name», «Last name», «E-mail», «Re-enter E-mail», «Password2 (Пароль)», «Confirm password».

У перше поле вводиться ім'я, яке надане при народженні, по-батькові не вводиться. **Персональна** електронна адреса вводиться двічі для підтвердження. Вона буде використовуватися як Login або ім'я користувача. Якщо раніше вже була використана електронна адреса, яка пропонується для реєстрації, з'явиться попередження червоного кольору. **Не можна створювати нового профілю з тією самою електронною адресою.** Пароль повинен мати не менше 8 знаків, при цьому містити як цифри, так і літери або символи. Пароль, який визначається словами «Good» або «Strong», приймається системою.

Нижче визначається «Default privacy for new works», тобто налаштування конфіденційності або доступності до

персональних даних, серед яких «Public», «Limited», «Private».

Далі визначається частота повідомлень, які надсилає ORCID на персональну електронну адресу, а саме – новини або події, які можуть представляти інтерес, зміни в обліковому записі, тощо: «Daily summery», «Weekly summery», «Quarterly summery», «Never». Необхідно поставити позначку в полі «I'm not a robot» (Я не робот).

Останньою дією процесу реєстрації є узгодження з політикою конфіденційності та умовами користування. Для реєстрації необхідно прийняти умови використання, натиснувши на позначку «I consent to the privacy policy and conditions of use, including public access and use of all my data that are marked Public».

Заповнивши поля реєстраційної форми, необхідно натиснути кнопку «Register», після цього відкривається сторінка профілю учасника в ORCID з особистим ідентифікатором ORCID ID. Номер ідентифікатора ORCID знаходиться у лівій панелі під ім'ям учасника ORCID.

Структура ідентифікатора ORCID являє собою номер з 16 цифр. Ідентифікатор ORCID – це URL, тому запис виглядає як <http://orcid.org/xxxx-xxxx-xxxxxxxx>.

Наприклад: <http://orcid.org/0000-0001-7855-1679>.

Інформацію про ідентифікатор ORCID необхідно додавати при подачі публікацій, документів на гранти і в інших науково-дослідницьких процесах, вносити його в різні пошукові системи, наукометричні бази даних та соціальні мережі.

Подальша робота в ORCID полягає у заповненні персонального профілю згідно із інформацією, яку необхідно надавати.