

ВИНОШУВАННЯ ВАГІТНОСТІ ПРИ СИНДРОМІ ГІПЕРМОБІЛЬНОСТІ

Неслова О.В.

Сучасний рівень надання акушерсько-гінекологічної допомоги передбачає безпосередню взаємодію лікарів різних спеціальностей при веденні вагітності у певних категорій пацієнток. До таких випадків належать спостереження вагітних із проявами синдрому гіпермобільності (М 35.7 за міжнародною класифікацією хвороб X перегляду). За даними сучасної фахової літератури синдром гіпермобільності може розглядатися в загальному контексті значного за обсягом кола клінічних проявів недиференційованої генералізованої патології сполучної тканини багатофакторного походження (М 35.8 за міжнародною класифікацією хвороб X перегляду), загальною рисою яких є полісистемна «слабкість» сполучної тканини [1,9]. Діагностика цих станів є невитратною, доступною при загальному огляді пацієнта, і потребує лише оцінки сукупності фенотипових проявів «слабкості» сполучної тканини із підрахунком стигм дисембріогенезу [2,5]. Виношування вагітності при гіпермобільному синдромі позначається «хронічною» загрозою переривання [4,8].

Мета дослідження

Визначення та опрацювання лікувально - профілактичних заходів з ведення пацієнток з синдромом гіпермобільності та певним рівнем стигматизації та ризиком недоношування вагітності.

Матеріали та методи

Під спостереження було взято 146 жінок основної групи, репрезентативних за віком, анамнестичними, об'єктивними даними, соматичним статусом, з клінікою загрозового абортів в терміні вагітності з 17 до 21 тижня. Всі пацієнтки даної вибірки мали гіпермобільний синдром, помірну «слабкість» сполучної тканини та певний рівень стигматизації.

Для визначення патогенетично обґрунтованого регламенту лікування невіношування вагітності, необхідного для да-

ного контингенту жінок, основна група рандомізована на дві підгрупи по 73 пацієнтки кожна. В стаціонарних умовах в обох підгрупах призначали валеріану по 0,04 г тричі на добу всередину, дюфастон 40 мг одноразово всередину з переходом до трьохкратного прийому у добовій дозі 120 мг, папаверин у ректальних свічках по 0,02 г двічі на добу (за показаннями внутрішньом'язово). В якості токолітика використовували гініпрал у дозі 10 мкг чи 25 мкг в інфузійному режимі (в 500,0 мл ізотонічного розчину натрію хлориду) зі швидкістю 5-10 крапель за хвилину. За 1-2 години до закінчення інфузії призначали таблетовану форму гініпралу. В подальшому гініпрал призначали всередину по 500 мкг кожні три-чотири години. Для усунення побічної дії гініпралу одночасно з ним застосовували ізоптин по 40 мг всередину тричі на добу. Вітамін Е застосовували у складі полівітамінного комплексу прегнавіт. Для покращення процесів метаболізму жінкам призначали всередину кверцетин по 0,02 г тричі на добу в сполученні з 500мг аскорбінової кислоти, епадол та карнітин по 1 капсулі двічі на добу. Рекомендоване лікування у другій підгрупі передбачало додавання до вищезазначеної схеми препарату ангіопротекторного спрямування «Нормовен» 500 мг двічі на добу.

Клініку загрозового абортів верифікували згідно з критеріями, що містяться у наказі МОЗ України №582 – за даними об'єктивного (больовий синдром) та ультразвукового дослідження (наявність локального потовщення міометрію, що свідчить про його сегментарне скорочення, з деформацією контурів плідного яйця, низьке розміщення плідного яйця в порожнині матки, відсутність жовтого тіла вагітності у яєчниках, наявність дільниць відшарування хоріону/плаценти, вкорочення шийки матки до 3 см і менше та збільшення діаметру внутрішнього отвору шийки матки більше 1 см);

за підвищенням співвідношення естроген:прогестерон понад 1:5. Контроль склали 54 практично здорові вагітні. Ультразвукове дослідження (УЗД) вагітних виконували на апараті «Sonoace-8000» («Medison», Корея).

Гіпермобільний синдром діагностували за загальноприйнятою шкалою P. Beighton (1973), яка представляє собою 9-бальну оцінку можливості виконати п'ять рухів: пасивне розгинання п'ятого пальця і пасивне згинання першого пальця верхньої кінцівки, надмірне розгинання в колінному та ліктьовому суглобах більш 10°, можливість торкання долонями підлоги на прямих нижніх кінцівках. На підставі результатів низки досліджень гіпермобільним синдромом прийнято вважати стан, при якому нараховується 4 бали і більше [10, 11].

Оцінку фенотипу проводили за шкалою Смольнової Т.Ю. [6,7]. Згідно цієї шкали особливості фенотипу, притаманні синдрому гіпермобільності суглобів та «слабкості» сполучної тканини, мають різну клінічну значущість. Так, автори розрізняють малі однобальні ознаки (астенічна статура, дефіцит маси тіла, відсутність стрій на шкірі в жінок, що народжували, порушення рефракції в віці до 40 років, знижені показники кистьової динамометрії, пласка ступня, схильність до утворення синців, легка кровоточивість та кровотечі після пологів, вегетосудинні дисфункції, порушення серцевого ритму та провідності); великі двобальні ознаки (гіпертелоризм очей, відкоплені вуха, готичне піднебіння, кілеподібна, пласка та лічкоподібна грудна клітина, порушення постави, плоскостопість 2-3 ступенів, гіпереластоз шкіри, звичні звихнення, схильність до алергічних дерматитів, варикозна хвороба, дискінезія жовчовивідних шляхів, загроза та /або передчасні стрімкі пологи в анамнезі з кровотечею, пролапс геніталій у родичок першої лінії); до тяжких трьохбальних проявів належать ті, що призвели до хірургічного втручання (грижі, дивертикули, спланхноптоз, варикозна хвороба). Додавання балів дозволяє окреслити легку (9 балів включно), помірну (10-16 балів) та тяжку (понад 16 балів) ступені проявів «слабкості» сполучної тканини у жінок з гіпермобільним синдромом.

Ефективність рекомендованої терапії оцінювали за показниками вмісту у сироватці

крові естрадіолу (E_2) та прогестерону (П), які виражали у пмоль/л та нмоль/л відповідно. Дослідження вмісту E_2 та П в сироватці крові, отриманої о 8⁰⁰ годині ранку натщесерце з ліктьової вени в аналогічний час доби, виконували за допомогою імуноферментного аналізатора PR 2100 (Sanofi Diagnostics Paster) з використанням стандартизованих тест-наборів.

Всі дослідження та статистична обробка даних здійснені на метрологічно сталому обладнанні. Використано методи параметричної (варіаційний і кореляційний аналіз, критерії Ст'юдента), ліцензовані програми («Biostat», «STATISTICA») для IBM PC Pentium IV [3].

Обговорення отриманих результатів

Порівняльний аналіз результатів багатоконпонентної оцінки клінічних проявів загрозливого абортів в залежності від стигматизації вагітних з урахуванням динаміки клініко-синдромологічної, клініко-морфологічної та клініко-метаболічної компонент дозволяють визначити певні тенденції (табл.1).

Так, при високому рівні стигматизації (7 стигм та більше) лише дві із п'яти (44,1%) жінок скаржилися на болісні відчуття внизу живота, попереку при наявності ехографічних еквівалентів захворювання у 82,4% спостережень і при порушенні гестаційної домінанти у гормональному статусі у всіх жінок (р). При визначенні в фенотипі вагітної 6-5 стигм дисембріогенезу клініка загрозливого абортів була симптомною у кожних трьох з п'яти (60,3%) жінок при визначенні ультразвукових маркерів захворювання в 87,9% випадків та порушенні гестаційної домінанти у 74,1% випадків (р). При визначенні 5 та менш стигм ембріогенезу в фенотипі частота клінічних, ультразвукових та метаболічних симптомів не відрізнявся від загального популяційного рівня.

Отже, типовим для жінок з гіпермобільним синдромом та підвищеним рівнем стигматизації є «стерті» форми клінічного перебігу загрозливого абортів, що, скоріше за все, можна пояснити нейрогуморальним та гемодинамічним дисбалансом у даного контингенту жінок, який є передумовою формування так званих «но-

Таблиця 1

Багатокомпонентна оцінка клінічних проявів загрозливого аборту

Кількість стигм		Компонента					
		Клініко-синдромологічна		Клініко-морфологічна		Клініко-метаболична	
		абс	%	абс	%	абс	%
більше 7 стигм	34	15	10,3±2,5	28	19,2±3,3	34	23,3±3,5
6-5 стигм	58	35	24,0±3,5	51	34,9±3,9	43	29,5±3,8
менше 5 стигм	54	44	30,1±3,8	39	26,7±3,7	18	12,3±2,7

Таблиця 2

Оцінка метаболічних проявів загрозливого аборту залежності від варіанту терапії

Показники	Групи вагітних				
	1 група		2 група		контроль
	до лікування	після лікування	до лікування	після лікування	
E ₂ (пмоль/л)	71,6±8,5	56,3±9,5	68,6±7,5	50,6±6,5	49,4±6,3
П (нмоль/л)	336,5±7,3	335,5±9,3	338,5±7,3	359,5±4,5	368,2±5,1
Співвідношення E ₂ /П	2,10	1,68	2,00	1,40	1,34

жиць» в маніфестації клінічних, морфологічних та метаболічних симптомів. Адекватність терапії оцінювали за клінічними даними та за динамікою змін вмісту в сироватці крові E₂ та П (табл.2).

Аналіз табличного матеріалу свідчить, що достовірних розбіжностей у вихідних рівнях вмісту стероїдних гормонів, які повинні формувати адекватну гестаційну доміную, не визначено. За результатами дослідження встановлено, що показники вмісту E₂ та П набувають стабільної регресії та прогресії відповідно лише у 2 групі, де комплекс рекомендованого лікування містив ангіопротекторно - метаболічний комплекс, з максимальним наближенням коефіцієнту E₂ / П 1,40 до фізіологічного 1,34, порівняно з 1,68 в 1 групі (p<0,05).

Результати клініко-інформаційного аналізу надають підстави вважати прогностично значущими в розвитку та перебігу загрозливого аборту при наявності гіпермобільного синдрому у жінок з 5 стигмами та менш клініко-синдромологічні дані, тобто при діагностиці та оцінці тяжкості клініки захворювання потрібно більш уваги приділяти синдромологічній компоненті (скарги на відчуття болю, часте випорожнення сечового міхура, тягучі болі в попереку тощо). За наявності 5-6 стигм дисембріогенезу сполучної тканини у вагітної при об'єктивній оцінці стану пацієнтки головними діагностичними та прогностичними індикаторами є результати клініко-морфологічного обстеження, тобто

ехографічні еквіваленти захворювання (деформація плідного яйця, локальне потовщення біометрію, скорочення церві кального каналу при збільшенні діаметру отвору його внутрішнього вічка).

При наявності у вагітної з 7 та більше стигм головними прогностичними критеріями тяжкості перебігу захворювання є клініко-метаболичні порушення (неадекватність гормонального забезпечення збереження вагітності – співвідношення E₂ та П 2,0 та більше).

Очевидно, застосування рекомендованої терапії загрозливого аборту є патогенетично обґрунтованим варіантом лікування придатним для даного контингенту жінок. Застосування комплексу, який включає венотонік системної дії «Нормовен» у періоди максимальної феталізації кровообігу в плаценті, дозволяє покращити мікроциркуляцію на локальному рівні преплацентарного та плацентарного кровоплину, а отже оптимізувати нейро-гуморальні відносини у жінок с проявами патології сполучної тканини. Отримані результати дозволяють висловити думку про доцільність призначення даного препарату в два етапи, а саме в період максимальної феталізації кровообігу в плаценті (17-21 тиж) та в період максимального гемодинамічного навантаження (32-35 тиж), що сприятиме покращенню перинатального прогнозу в даного контингенту жінок.

Висновки

Оцінка фенотипу вагітних жінок з проявами гіпермобільного синдрому є необхідним рутинним методом об'єктивного дослідження. Типовий симптомокомплекс клініки загрозливого абортів у жінок з певним рівнем стигматизації включає мінімальні скарги при значній маніфестації морфологічних та метаболічних проявів захворювання. Патогенетично адекватним методом лікувального впливу при загрозливому аборті для контингенту жінок з проявами гіпермобільного синдрому та певним рівнем стигматизації є додавання до протокольних схем лікування ангіопротекторно-метаболічного комплексу, що дозволяє оптимізувати акушерсько-гінекологічну допомогу.

Література

1. Гречанина Е.Я. Наследственные заболевания соединительной ткани // Уч. пос. для врачей-курсантов. Х. 1998. 26с.
2. Деклараційний патент України на корисну модель №24018 UA МПК А61В8/00. Спосіб діагностики затримки розвитку внутрішньоутробного плоду у жінок-носіїв фенотипу сполучнотканнинної дисплазії / О.В. Неєлова / заявка № у 200702157.

заявл. 28.02.2007. опубл. 11.06.2007. Бюл. Пром. влас-ть. №8, 2007.

3. Ėai à+ Ń.Í ., ×óái ē ĀĀ, Áaaē- ĭ.Í . Ńòàēñ- òē-āñēā ĭ àđ àù à ĭ àāēē -aēē ēē āē-āñēō ēñēāāī āā ĭ ēyō Ń ēñī ĭ ēūē āāī ēāī Axel. Ē.ĭ ĭ ĐĒĬ ĭ. 2000. 320Ń.
4. ĭ ā°ēī āā ĭ .Ā. Ēēē ēē ĭ ĭ òó ĭ ēī ēē-ĭ ā ĭ āāóí- óóāī ĭ ý āēō āóāī ōēī āāī ĭ ā ĭ ēōō āó āī āāāāī ĭ ý āā- ēōī ĭ Ńō ō ēēī ĭ ē ēē ĭ ōī yāāī ē Ńī ĭ ēó-ĭ ĭ óēāī ēī ĭ ĭ āēñī ēāç? // ĭ āāēōēī ā ē ... 2008. ĭ 4. Ń 59-67.
5. ĭ ā°ēī āā ĭ .Ā. ĭ ōī ēēī āēē-ĭ ē āñī āēēē ĭ āēēī ā- óāēūī ĭ ĭ ĭ àđ ēī ēē // Āñī ēē Óāōēāñūēī ē ĭ āōē- ĭ ēēūī ā ōī ēāōñēōāó ē .Āĭ. Ēāōāç ā. 2006. ĭ 720. Āēī. 12 (ĭ āāēōēī ā). Ń.114-117.
6. Ńī ĭ ēūī ĭ āā ŌĲ . Óāī ĭ òēī ē-āñēēē ñēī ĭ ōī ĭ ē- ēī ĭ ēāēñ āēñī ēāçēē ñī āāēī ēāēēūī ĭ ē óāī ē ē ó ēāī- ù ēī // Ēēēī. ĭ āāēōēī ā. 2003. ĭ 8. Ń.42-47.
7. Ńī ĭ ēūī ĭ āā ŌĲ . Ńāāāēūā Ń.Ā, Óēō-āī ē Ē.Ē. ĭ ōī ēāī ñ ēāī ēāēēē – ñēāāñōāēā óóāī āēē-ĭ ēō ōī āī ā ēēē ēāī āōāēēçī āāī ĭ ĭ ē āēñī ēāçēē ñī āāēī ēāēēūī ĭ ē óāī ē? // Āēō. ē ēēī āē ēī ēē. 2001. ĭ 4. Ń.39-43.
8. Ńōāī āī ēāñūēā ĀŃ, Ēēēēī ĭ .Ā. Čāēāē ēñōū ōī çāēōō ē ōī Ńōō ĭ ēī āā ēā çāōēī ēē ōī Ńōō āāēūī ĭ ĭ ĭ āōēē // ĭ āā., āēō. çā ēī āē. 2003. ĭ 1. Ń.94-96.
9. Ńōāī óóā ĭ .Ā. Ńēī āđī ĭ āēñī ēāçēē ñī āāēī ēāēēū- ĭ ē óāī ē ñāōāōā: Āāđ ōāō. āēñ... āī ē-ōā. ĭ āā. ĭ āçē / ĭ .Ā. Ńōāī óóā. ĭ ., 1995. 48 Ń.
10. Beighton P.H., Grahame R., Bird H. Hypermobility of joints // Verlag, 1989. 113 Ń.
11. Beighton P.H. Internathional nosology of heritable diorders of connective tissue // Am. J. Med.Genet., 1988. ĭ 29. Ń.581-594.

Поступила в редколлегию 18.03.2009

Вынашивание беременности при синдроме гипермобильности / Неєлова О.В.

// Медицина и... 2009. № 1(23). С. 17-19.

Доказано, что оценка фенотипа у беременных женщин с признаками гипермобильного синдрома является необходимым методом объективного исследования. Типичный симптомокомплекс клиники угрожающего аборта у женщин с определенным уровнем стигматизации сопровождается морфологическими и метаболіческими расстройствами. Расширение схем лечения за счет ангиопротекторно-метаболіческого комплекса является патогенетически адекватным подходом, позволяющим предупредить перинатальные осложнения.

Ключевые слова: беременность, синдром гипермобильности, перинатальный период, осложнения.

Виношування вагітності при синдромі гіпермобільності / Неєлова О.В.

// Медицина і... 2009. № 1(23). С. 17-19.

Доведено, що оцінка фенотипу вагітних жінок з проявами гіпермобільного синдрому є необхідним методом об'єктивного дослідження. Типовий симптомокомплекс клініки загрозливого абортів у жінок з певним рівнем стигматизації супроводжується морфологічними та метаболічними розладами. Патогенетично адекватним є розширення схем лікування за рахунок ангіопротекторно-метаболічного комплексу, що дозволяє попереджувати перинатальні ускладнення.

Ключові слова: вагітність, синдром гіпермобільності, перинатальний період, ускладнення.

Maturing of pregnancy at hypermobility syndrome / Neelova O.V.

// Medicine and... 2009. №1(23). P. 17-19.

It is well-proven on results of conducted comparative analysis that phenotype assessment of pregnant womens with signes of hypermobile syndrome is indispemsable method of objective examination. It is established that typical complex of sympthoms of threatening abortion for women with the certain level of stigmatisation is accompanied by morphological and metabolic disorders. Expansion of curative schemes by angioprotive - metabolic complex is an adequate nosotropic approach which alloe to prevent perinatal complications.

Keywords: pregnancy, hypermobility syndrome, perinatal period, complications. .