

УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ  
«БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

УДК 616.12:611.018.2-007:618.3-036.1

**ЖАРСКАЯ**  
**Ольга Марьяновна**

**КЛИНИЧЕСКАЯ ВАРИАНТНОСТЬ ДИСПЛАЗИИ  
СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ЖЕНЩИН С МАЛЫМИ  
АНОМАЛИЯМИ СЕРДЦА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ**

Автореферат  
диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

по специальности 14.01.22 – ревматология

Минск 2013

Работа выполнена в государственном учреждении образования «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

Научный руководитель: **Тябут Тамара Дмитриевна**, доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры кардиологии и ревматологии ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

Официальные оппоненты: **Трисветова Евгения Леонидовна**, доктор медицинских наук, профессор, профессор 2-й кафедры внутренних болезней УО «Белорусский государственный медицинский университет»

**Булгак Александр Григорьевич**, доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора по терапевтической помощи Республиканского научно-практического центра «Кардиология», главный внештатный специалист по функциональной диагностике Министерства здравоохранения Республики Беларусь

Оппонирующая организация: УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Защита состоится 13 марта 2013 г. в 12.00 часов на заседании совета по защите диссертаций Д 03.18.09 при УО «Белорусский государственный медицинский университет» по адресу: 220116, г. Минск, пр.Дзержинского, 83, телефон +375(017)272-55-98.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке УО «Белорусский государственный медицинский университет».

Автореферат разослан «    » февраля 2013 г.

Ученый секретарь  
совета по защите диссертаций,  
кандидат медицинских наук

Т.В. Статкевич

## SUMMARY

**Zharskaya Olga Maryanovna**

### **Clinical variance of connective tissue dysplasia in pregnant women with small heart abnormalities**

Connective tissue dysplasia (CTD) raises the odds of unfavorable pregnancy course in women and children's pathology in future. The main precursors of women with CTD unfavorable pregnancy and delivery outcomes have not been studied sufficiently.

**Key words:** connective tissue dysplasia, small heart abnormalities, phenotypic signs, vegetative status, quality of life, pregnancy outcome.

**Aim:** creation of the new methodological approach for the effective observation of pregnant with connective tissue dysplasia (small heart abnormalities).

**Object of research:** pregnant with connective tissue dysplasia (small heart abnormalities).

**Research methods:** clinical, echocardiography, tests (scales), functional tests.

**Results:** The ways of raising the efficacy of CTD diagnosis by the optimization of clinic methods' use are offered. It was shown, that during the pregnancy the incidence of phenotypic signs, anxiety and depression rates, quality of life physical and psychical components were changing and achieved their maximal changes till the third trimester. The created «Algorithm of connective tissue dysplastic phenotypic signs' detection and pregnant with heritable connective tissue disturbances dynamic observation accounting psychosomatic condition and vegetative nervous system state» is recommended as a screening method in dedication of persons, needed in detailed cardiovascular examination wrt the search of other small heart abnormalities besides mitral valve prolapse and chordae tendineae, as well as for vegetative disturbances' prevention in women with CTD, that would make it possible to create the favorable conditions for pregnancy carrying and a childbirth.

**Field of application:** rheumatology, therapy, obstetrics and gynecology.

## ВВЕДЕНИЕ

Интеллектуально-инновационный, трудовой, и, как следствие, научный, экономический, производственный потенциалы любой страны, в том числе, Республики Беларусь, во многом определяются демографическими показателями [Национальная программа демографической безопасности Республики Беларусь на 2007–2010 гг.: утв. указом Президента Республики Беларусь № 135 26 марта 2007 г.].

В сентябре 2000 г. была принята Декларация, одобренная 189 странами и преобразованная в восемь Целей тысячелетия в области развития, включая улучшение охраны материнства, которые должны быть достигнуты к 2015 г. [[http://www.who.int/making\\_pregnancy\\_safer/topics/mdg/ru/index.html](http://www.who.int/making_pregnancy_safer/topics/mdg/ru/index.html)].

В последние два десятилетия исследователи все чаще обращаются к понятию «качество жизни» (КЖ), отражающему степень комфортности человека как внутри себя, так и в рамках общества. Одной из важных составляющих КЖ является состояние здоровья индивидуума, способность к адекватному реагированию и приспособлению систем организма к воздействию на него стрессовых факторов [А.А. Новик с соавт., 2007; Kulig M. et al, 2003; Muldoon M.F. et al, 1998; Ware J.E., 1998].

Наиболее частой причиной болезненных состояний является нарушение взаимосвязи между психикой и телом, начинающейся с вегетативной дисфункции [В. Бройгам с соавт., 1999; Т.Д. Тябут, 1999; Франц А., 2002].

Дисплазия соединительной ткани (ДСТ) при беременности представляет собой интересную область для изучения, так как многообразие функций соединительной ткани подразумевает активное участие ее элементов в формировании разных видов патологии, влекущей за собой в ряде случаев серьезные клинические последствия [И.Е. Друк с соавт., 2004; Brees C.K. et al, 1995; Rice J.P. et al, 1980; van Mook W. et al, 2005].

Результаты, полученные при изучении ДСТ у беременных с малыми аномалиями сердца (МАС), могут оказаться новыми как в понимании процесса адаптации организма к беременности и родам у этой категории пациентов, так и в изучении клинической значимости ДСТ.

С одной стороны, особенности соединительной ткани (дисплазия) у женщин могут влиять на физиологическое течение и исходы беременности, с другой – непосредственно беременность может влиять на соматическое состояние пациенток и изменять картину ДСТ.

Выполненное исследование направлено на разработку нового доступного в системе клинической медицины методологического подхода, повышающего эффективность динамического наблюдения беременных с МАС.

## **ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ**

### **Связь с крупными научными программами, темами**

Работа является инициативной. Государственная регистрация не проводилась. Тема диссертации соответствует приоритетным направлениям фундаментальных и прикладных научных исследований Министерства здравоохранения Республики Беларусь [Национальная программа демографической безопасности Республики Беларусь на 2007–2010 гг.; <http://www.belstat.gov.by>]. Выполнение диссертационной работы начато в 2002 г. Тема работы утверждена Ученым советом Белорусской медицинской академии последипломного образования в 2004 г.

### **Цель и задачи исследования**

Цель: разработка нового методологического подхода для повышения эффективности динамического наблюдения беременных с дисплазией соединительной ткани (малые аномалии сердца).

В соответствии с поставленной целью решались следующие задачи:

1. Определить количественные и качественные характеристики фенотипических проявлений дисплазии соединительной ткани у женщин с малыми аномалиями сердца в различные сроки беременности.

2. Изучить вегетативный тонус, вегетативную реактивность, вегетативное обеспечение деятельности у женщин с малыми аномалиями сердца в зависимости от срока беременности.

3. Исследовать динамику частоты тревожных и депрессивных расстройств по триместрам у беременных с дисплазией соединительной ткани.

4. Оценить качество жизни беременных с малыми аномалиями сердца в зависимости от психологического статуса, состояния вегетативной нервной системы, фенотипических особенностей дисплазии соединительной ткани.

5. Изучить исходы беременности со стороны матери и плода у пациенток с малыми аномалиями сердца и выявить основные маркеры неблагоприятных исходов беременности и родов.

6. Разработать алгоритм выявления фенотипических признаков дисплазии соединительной ткани и динамического наблюдения беременных с малыми аномалиями сердца для оценки прогноза течения беременности и родов.

### **Объект и предмет исследования**

Объект исследования: беременные женщины с дисплазией соединительной ткани (малые аномалии сердца).

Предмет исследования: фенотипические признаки дисплазии соединительной ткани, вегетативный тонус, вегетативная реактивность, вегетативное обеспечение деятельности, динамика психосоматического статуса и качества

жизни у беременных с малыми аномалиями сердца, маркеры неблагоприятных исходов беременности и родов.

### **Положения диссертации, выносимые на защиту**

1. Количество выявленных фенотипических стигм дисплазии соединительной ткани у женщин нарастает при увеличении срока беременности. Уровни тревоги, депрессии, физический и психологический компоненты качества жизни пациенток с малыми аномалиями сердца изменяются в течение беременности, достигая максимальных отклонений от пределов нормальных значений к III триместру.

2. Поддержание гомеостаза при беременности у женщин с дисплазией соединительной ткани обеспечивается за счет гиперактивации симпатического отдела вегетативной нервной системы, приводящей к возникновению вегетативной дисфункции, рассогласованию межсистемных отношений и нарушению вегетативного обеспечения деятельности.

3. Наличие дисплазии соединительной ткани у матери повышает шанс развития патологии беременности и выявления в последующем патологических изменений и малых аномалий развития у рожденного ребенка в 14 раз по сравнению с женщинами без дисплазии соединительной ткани.

### **Личный вклад соискателя**

Научным руководителем предложена тема диссертации. Соискателем (автором диссертационной работы) определены цель и задачи, объем исследования, разработаны его этапы и направления, изучены и проанализированы литературные источники по теме работы, осмотрена 161 беременная (из них 154 женщины – трехкратно, две – двукратно, пять – однократно), выполнен анализ медицинской документации всех обследованных пациенток, включая 161 протокол эхокардиографии.

Подбор беременных для включения в исследуемые группы, опрос и физикальное обследование женщин, исследования по определению вегетативного статуса, уровней тревоги и депрессии, оценка показателей качества жизни беременных и исходов беременности со стороны матери и плода, статистическая обработка полученных результатов выполнены соискателем самостоятельно в полном объеме. Заведующей отделением функциональной диагностики УЗ «1-я городская клиническая больница» г. Минска проведены все эхокардиографические исследования у беременных.

Основные научные результаты, представленные в диссертации, получены автором лично и изложены в статьях. Оценка фенотипических проявлений дисплазии соединительной ткани у беременных с малыми аномалиями сердца описана в статье [3], инструкции по применению [14] и материалах конференции [8] – вклад диссертанта 95%. Состояние вегетативной нервной системы у обследован-

ных женщин изложено в статье [2] и материалах конференции [11, 12], написанных без соавторов, а также в тезисах [4, 6, 7] – вклад соискателя 95%. Динамика тревожных и депрессивных расстройств по триместрам отражена в статье [1] и материалах конференции [5] – вклад диссертанта 95%. Оценка качества жизни беременных изложена в статье [1] и материалах конференций [9, 10] – вклад соискателя 95%. Маркеры неблагоприятных исходов беременности со стороны матери и плода у пациенток с малыми аномалиями сердца проанализированы в статье [3] и инструкции по применению [14] – вклад диссертанта 90%. По теме исследования утверждено 1 рационализаторское предложение (удостоверение №8, получено 31.01.12 г.), издана инструкция «Метод определения группы риска неблагоприятного течения беременности и родов у женщин с наследственными нарушениями соединительной ткани» (утверждена Министерством здравоохранения Республики Беларусь 28.11.12 г., регистрационный №128-1012).

Результаты диссертационной работы внедрены и используются в практической работе УЗ «1-я городская клиническая больница» (г. Минск), УЗ «5-я городская клиническая больница» (г. Минск), УЗ «Минская областная клиническая больница», УЗ «Гомельская областная клиническая больница», что подтверждено актами внедрения.

Автор выражает огромную благодарность и глубокую признательность коллегам за сотрудничество и поддержку: научному руководителю профессору кафедры кардиологии и ревматологии ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», доктору медицинских наук, профессору Т.Д. Тябут; заведующей отделением функциональной диагностики О.В. Чановой, кардиологу Т.И. Девойно, терапевту 4-й женской консультации И.И. Чапуриной, заведующему отделением гастроэнтерологии, кандидату медицинских наук Г.М. Усову (УЗ «1-я городская клиническая больница» г.Минска); заведующему кафедрой гастроэнтерологии и нутрициологии, доктору медицинских наук, профессору Ю.Х. Мараховскому, доценту кафедры гастроэнтерологии и нутрициологии, доктору медицинских наук, доценту Ю.В. Горгун (ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»), а также доценту кафедры патологической анатомии ГУО «Белорусский государственный медицинский университет», кандидату медицинских наук, доценту А.С. Портянко.

#### **Апробация результатов диссертации**

Результаты исследований, включенные в диссертацию, доложены соискателем на научно-практической конференции в г. Харькове, Украина (2005 г.), на Международном молодежном конгрессе «Санкт-Петербургские научные чтения» (2005, 2007 гг.), XI Съезде терапевтов Республики Беларусь (2007 г.), II Съезде физиологов СНГ в г. Кишиневе, Молдова (2008 г.), II Республиканской конференции «Дисплазии соединительной ткани» в г. Могилеве (2009 г.); на конфе-

рениции, посвященной юбилею кафедры кардиологии и ревматологии ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования» (2009 г.).

### **Опубликованность результатов диссертации**

По результатам исследования опубликовано 13 научных работ, в том числе 3 статьи в рецензируемых научных журналах и 1 статья – обзор литературы по теме диссертации в российском журнале «Современная ревматология», 9 тезисов докладов на научных съездах и в материалах конференций, 7 из них – в материалах международных конференций (г. Санкт-Петербург, г. Дагомыс, г. Харьков, г. Кишинев, г. Шымкент), что в сумме составляет 2,57 авторских листа.

По теме исследования утверждено 1 рационализаторское предложение (удостоверение №8, получено 31.01.12 г.), подписаны 5 актов о внедрении, издана инструкция «Метод определения группы риска неблагоприятного течения беременности и родов у женщин с наследственными нарушениями соединительной ткани». В 2005 г. издана брошюра для беременных «Беременность и сердце» (26 страниц, 100 экземпляров).

### **Структура и объем диссертации**

Диссертация состоит из введения, общей характеристики работы, 6 глав, заключения, библиографического списка и 44 приложений, включающих 1 схему. Работа изложена на 171 странице машинописного текста, содержит 47 таблиц и 20 рисунков. Список использованных источников включает 360 наименований (185 русскоязычных, 175 зарубежных).

## **ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ**

### **Материал и методы исследования**

Исследование проводилось на базе УЗ «1-я городская клиническая больница» г. Минска с ноября 2002 г. по июнь 2006 г. Беременные, включенные в исследование, наблюдались терапевтом или кардиологом 4-й женской консультации УЗ «1-я городская клиническая больница» г. Минска.

### **Дизайн исследования, принцип формирования и общая характеристика групп беременных**

Исследование являлось динамическим пассивным проспективным.

Обследованы 137 беременных с ДСТ и 24 беременных женщин контрольной группы. В основную группу были включены женщины с наличием 5 и более фенотипических признаков ДСТ и выявленными малыми аномалиями сердца (МАС): 56 беременных с аномальными хордами (АХ), 25 – с пролапсом митрального клапана (ПМК), 56 – с сочетанием ПМК и АХ. Группу сравнения составили женщины с наличием 4 и менее фенотипических и отсутствием органных проявлений ДСТ.



Женщины основной и контрольной групп обследовались трехкратно: в I, II и III триместрах беременности. В I триместре осмотрено 137 женщин основной группы, во II-м – 132 (у 4 пациенток до 2-го осмотра произошел выкидыш, у одной прервана неразвивающаяся беременность), в III-м – 130 (до 3-го осмотра у 2 пациенток произошла антенатальная гибель плода). Все женщины контрольной группы осмотрены в указанные сроки. Сроки обследования беременных во всех группах не отличались ( $p \geq 0,05$ ) и равнялись 10,7 (95% ДИ 10,20 – 10,80) недель при первом осмотре, 21,34 (95% ДИ 20,68 – 21,54) недель – при втором и 36,02 (95% ДИ 35,34 – 36,11) недель - при третьем.

Миксоматозная дегенерация митрального клапана выявлена у 2 пациенток (8,0% (95% ДИ 0,97 – 28,90)) с ПМК и у 2 женщин (3,57% (95% ДИ 0,43 – 12,90)) с сочетанием ПМК и АХ – статистически значимые различия в двух группах отсутствовали ( $p = 0,584$ ). Помимо ПМК и АХ, у 36 пациенток с ДСТ (26,28 % (95% ДИ 18,40 – 36,38%) в группе) по данным эхокардиографии выявлены прочие МАС – всего 40 случаев (29,20%). В контрольной группе подобные изменения не были выявлены.

На момент включения в исследование основная и контрольная группы не различались по возрасту, росту женщин, социальным характеристикам и гинекологическому анамнезу ( $p \geq 0,05$ ).

#### **Исследуемые показатели и методы их оценки**

Проводился объективный осмотр беременных (рост, вес, индекс массы тела (ИМТ) в начале беременности, прирост веса по триместрам, внешние фенотипические признаки ДСТ [Э.В. Земцовский, 2003], систолическое и диастолическое артериальное давление, частота сердечных сокращений).

Малые аномалии сердца выявлялись при помощи эхокардиографии.

Состояние вегетативной нервной системы (ВНС) оценивалось следующими методами: опросники вегетативных нарушений (ВН) и вегетативных изменений (ВИ) для диагностики синдрома вегетативной дисфункции (СВД), вегетативный индекс Кердо для оценки преобладающего отдела ВНС, коэффициент Хильдебранта для расчета рассогласования межсистемных отношений (РМО), динамометрия и устный счет (счет по Крепелину, счет в уме) для моделирования вегетативного обеспечения деятельности, холодовая проба для определения вегетативной реактивности [А.М. Вейн, 2003].

Психический статус оценивался по уровням реактивной и личностной тревожности (РТ и ЛТ) при помощи шкалы Спилбергера-Ханина [Ю.Л. Ханин, 1976; Spielberger, C.D., 1970], уровням депрессии по опроснику Гамильтона для оценки депрессии [М. Hamilton, 1960] и по госпитальной шкале тревоги и депрессии [A.S. Zigmond, R.P. Snaith, 1983].

Качество жизни (КЖ) оценивалось по опроснику SF-36 (Short Form Medical Outcomes Study) [А.А. Новик с соавт., 1999; J.E. Ware, 1994].

Для статистической обработки использованы программные пакеты Statistica 6.1 (серия 1203d) и программа MedCalc Version 11.1.1.0.

Оценка соответствия нормальному распределению выполнялась по тестам Колмогорова-Смирнова (Kolmogorov-Smirnov one-sample test), W-теста Шапиро-Уилка (Shapiro-Wilk W test), квантильных графиков, сопоставления гистограммы распределения изучаемого показателя с теоретической кривой нормального распределения при оцененных значениях среднего и квадратного отклонения. Дополнительно нормальность распределения оценивалась с помощью эксцесса и асимметрии.

В исследовании применена описательная статистика (указаны медиана, минимум, максимум, верхний и нижний квартили, 95% доверительный интервал (95% ДИ)), непараметрические методы (Mann-Whitney U test, тест Friedman ANOVA & Kendall's concordance с проверкой полученного результата посредством Wilcoxon matched pairs test). Для оценки корреляции использован коэффициент Спирмена (Spearman rank)). Для сравнения групп по качественному бинарному признаку строили таблицы частот и использовали точный критерий Фишера или критерий  $\chi^2$ . В случае получения статистически значимых различий между группами применяли коэффициент отношения шансов (ОШ).

С помощью программы MedCalc определялись ДИ коэффициентов корреляции и частот наиболее значимых качественных характеристик признаков, использовались методы логистической регрессии. В качестве показателей диагностической точности методов определения ИМТ при первичном осмотре, прироста массы тела в течение беременности, оценки вегетативного статуса, тревоги и депрессии рассматривали чувствительность (Ч) и специфичность (С), отношение правдоподобия (ОП), точность метода, предсказательную ценность положительного и отрицательного результатов (ПЦПР и ПЦОР). Оценка эффективности метода диагностики проводилась на основе анализа ROC-кривой (Receiver Operator Characteristic), которая позволяла осуществить выбор точки отсечения значений (точки cut-off).

За критический уровень статистической значимости принимали вероятность безошибочного прогноза, равную 95% ( $p < 0,05$ ).

Выбор дизайна исследования и использованные в работе методы были достаточными для достижения цели работы и решения поставленных задач.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

### **Динамика антропометрических показателей и фенотипических признаков дисплазии соединительной ткани при беременности**

При первичном осмотре ИМТ равнялся 20,89 (95% ДИ 20,65 – 21,84) кг/м<sup>2</sup> в группе с изолированными МАС (ПМК или АХ), 19,76 (95% ДИ 19,29 – 20,41) кг/м<sup>2</sup> – с сочетанными МАС (ПМК+АХ) и 22,31 (95% ДИ 21,59 – 24,74) кг/м<sup>2</sup> в контрольной группе. Прирост веса в течение беременности составил 10,00 (95% ДИ 9,96 – 11,30) кг в группе с изолированными МАС, 9,20 (95% ДИ 9,24 – 10,90) кг – с сочетанными МАС, 14,75 (95% ДИ 13,38 – 15,15) кг в контрольной группе.

Установлено, что для женщин с ДСТ характерен более низкий ИМТ в начале беременности и меньший прирост веса в течение беременности, по сравнению с группой контроля ( $p < 0,05$ ). Оба параметра могут служить признаками, указывающими при их наличии на необходимость поиска у беременной ДСТ: ИМТ  $\leq 22,79$  кг/м<sup>2</sup> в начале беременности (AUC 0,710, 95% ДИ 0,634 – 0,779,  $p = 0,0003$ , Ч 81,8%, С 50,0%, ОП 1,64, ПЦПР 90,4%, точность 89,0%) и прибавка в весе  $\leq 12,6$  кг к концу III триместра (AUC 0,870, 95% ДИ 0,806 – 0,919,  $p < 0,0001$ , Ч 83,8%, С 83,3%, ОП 5,02, ПЦПР 96,5%, точность 84,4%), не превышая пределов нормативных значений и не являясь стигмами ДСТ, позволяют прогнозировать наличие у женщины ДСТ (полученные значения AUC  $> 0,700$  и  $p < 0,001$  свидетельствуют о хорошем качестве модели).

Фенотипические стигмы ДСТ в группе с сочетанными МАС выявлялись чаще, чем у беременных с ПМК – особенности конституции (астеническое телосложение ( $p = 0,039$ ), нарушение осанки ( $p = 0,001$ )), и аномальными хордами – особенности конституции (астеническое телосложение ( $p = 0,006$ ), нарушение осанки ( $p = 0,003$ )), строения рук (изменение строения мизинца ( $p = 0,005$ )), ног (Х- или О-образное искривление ( $p = 0,014$ )), более выражена степень гипермобильности суставов ( $p = 0,041$ ). Медиана (95% ДИ) числа фенотипических признаков ДСТ равнялась 12,50 (11,54 – 13,71) в группе с сочетанием ПМК и АХ, 10,00 (8,79 – 11,37) в группе с ПМК, 9,50 (8,80 – 10,23) – с АХ. Выявляемость таких внешних стигм ДСТ, как фенотипические изменения кожи (стрии, пигментные пятна) и сосудов нижних конечностей (варикозное расширение вен), у женщин с течением беременности увеличивалась ( $p < 0,05$ ). Установлена значимая прямая корреляция между числом всех выявленных у женщин МАС и количеством фенотипических признаков ДСТ: Spearman R 0,327 (95% ДИ 0,169 – 0,469,  $p = 0,0001$ ).

### **Состояние вегетативного статуса беременных с малыми аномалиями сердца и его динамика в зависимости от срока беременности**

По результатам проведенной оценки состояния ВНС у женщин в основной и контрольной группах составлены таблицы 1 и 2.

Исходное состояние и функционирование ВНС у беременных с ДСТ имело статистически значимые различия по сравнению с контрольной группой и характеризовалось более высокой частотой вегетативной дисфункции, проявляющейся преобладанием тонуса симпатической нервной системы, а также неадекватным обеспечением физической и умственной деятельности, что может в целом говорить о нарушении вегетативной регуляции у женщин с ДСТ при беременности.

Таблица 1 – Динамика состояния ВНС в группах по триместрам

	Основная группа			Контрольная группа
	с ПМК	с АХ	с ПМК+АХ	
Базальное вегетативное состояние				
СВД	Снижение от I* ко II, нарастание от I к III, $p < 0,05$		Без динамики, $p \geq 0,05$	Без динамики, $p \geq 0,05$
Вегетативный индекс Кердо				
Эйтония	Без динамики, $p \geq 0,05$			Снижение от II к III, $p < 0,05$
Симпатикотония	Преобладание в I, II, III, $p < 0,05$			Без динамики, $p \geq 0,05$
Парасимпатикотония	Без динамики, $p \geq 0,05$			Без динамики, $p \geq 0,05$
Коэффициент Хильдебранта				
РМО	Нарастание к III, $p < 0,05$			Без динамики, $p \geq 0,05$
Вегетативное обеспечение деятельности (реакции при динамометрии)				
Нормальная	Без динамики, $p \geq 0,05$			Без динамики, $p \geq 0,05$
Пограничная	Без динамики, $p \geq 0,05$			Без динамики, $p \geq 0,05$
Патологическая	Нарастание к III, $p < 0,05$		Без динамики, $p \geq 0,05$	Без динамики, $p \geq 0,05$
Вегетативное обеспечение деятельности (умственный счет)				
Суммарное время	Нарастание к III, $p < 0,05$			Нарастание к III, $p < 0,05$
Частота ошибок	Без динамики, $p \geq 0,05$	Нарастание к III, $p < 0,05$		Без динамики, $p \geq 0,05$
Вегетативная реактивность (холодовая проба)				
Нормальная реакция	Без динамики, $p \geq 0,05$	Снижение к III, $p < 0,05$		Нарастание к III, $p < 0,05$
Гиперреактивность		Нарастание к III, $p < 0,05$		Без динамики, $p \geq 0,05$
Парасимпатическая	Без динамики, $p \geq 0,05$			Снижение к III, $p < 0,05$

Примечание - \* Римскими цифрами указаны триместры беременности

Таблица 2 – Сравнение характеристик ВНС у женщин основной и контрольной групп в течение беременности

Исследуемый параметр	Основная группа		
	с ПМК	с АХ	с ПМК+АХ
СВД	Чаще в I*, II, III, $p < 0,05$		
Эйтония (вегетативный индекс Кердо)	Реже во II, $p < 0,05$		
Симпатикотония (вегетативный индекс Кердо)	Чаще в I, II и III, $p < 0,05$		
Парасимпатикотония (вегетативный индекс Кердо)	Реже в I и III, $p < 0,05$		
РМО (коэффициент Хильдебранта)	Чаще в I, II и III, $p < 0,05$		
Нормальная реакция (динамометрия)	Реже в I, II и III, $p < 0,05$		
Пограничная реакция (динамометрия)	Чаще в I и II, $p < 0,05$		
Патологическая реакция (динамометрия)	Чаще во II и III, $p < 0,05$	Чаще в I, II и III, $p < 0,05$	
Умственный счет (суммарное время)	Выше в I, II и III, $p < 0,05$		
Умственный счет (частота ошибок)	Чаще в III, $p < 0,05$		
Нормальная реакция (холодовая проба)	Реже в I, II и III, $p < 0,05$		
Гиперреактивность (холодовая проба)	Чаще в I, II и III, $p < 0,05$		

Примечание - \* Римскими цифрами указаны триместры беременности

Установлено, что для оценки адекватности вегетативного обеспечения беременности у женщин с ДСТ необходима комплексная оценка состояния ВНС с акцентом на I и III триместры.

#### **Психоэмоциональное состояние и качество жизни беременных с малыми аномалиями сердца**

У пациенток с ДСТ, независимо от варианта МАС, выявлялось повышение качественных характеристик тревоги и депрессии, нарастание частот уровней тревоги и депрессии, отличных от нормальных, как внутри групп к III триместру, так и при сравнении с лицами контрольной группы на всем протяжении беременности ( $p < 0,05$ ).

Количественные показатели КЖ представлены в таблице 3. Суммарный показатель физического здоровья (ФЗ) был снижен за счет уровней физического функционирования (ФФ) и ролевого физического функционирования (РФФ) во всех триместрах, показатель боли (Б) был повышен в I и III триместрах, суммарный показатель психологического здоровья (ПЗ) был снижен за счет уровня ролевых эмоций (РЭ) и эмоционального здоровья (ЭЗ) во II и III триместрах во всех группах с МАС по сравнению с контролем ( $p < 0,05$ ).

Для основной группы наиболее значимыми являлись взаимосвязи компонентов КЖ с величинами ВИ и ВН, уровнем депрессии, определяемым по опроснику Гамильтона и уровнями РТ и ЛТ в баллах по шкале Спиблергера – Ханина, а для группы контроля – с величиной коэффициента Кердо, частотой

РМО, частотой гиперреактивности при проведении холодной пробы, частотой ошибок при счете по Крепелину, а также с уровнями депрессии и тревоги по госпитальной шкале ( $p < 0,005$  при  $0,300 \leq \text{Spearman } R \leq -0,300$ ).

Таблица 3 – Показатели компонентов качества жизни по опроснику SF-36, имеющие статистически значимые различия между группами

Шкалы опросника	Основная группа				Контрольная группа	
	с изолированными МАС		с сочетанными МАС		Медиана	95% ДИ
	Медиана	95% ДИ	Медиана	95% ДИ		
	I триместр					
N = 81		N = 56		N = 24		
ФЗ	61,94*	58,33–66,11	60,55*	55,72–63,84	79,87	74,51–81,94
ПЗ	56,11	53,67–57,78	55,70	50,34–58,06	57,50	53,87–61,12
ФФ	75,00*	75,00–80,00	75,00*	70,00–80,00	95,00	86,20–100,00
РФФ	50,00*	50,00–69,85	50,00*	25,00–50,00	100,00	93,67–100,00
Б	22,50*	12,58–22,50	25,00*	22,50–32,50	0,00	0,00–10,63
РЭ	66,67	66,67–100,00	66,67*	33,33–66,67	100,00	91,56–100,00
	II триместр					
	N = 79		N = 53		N = 24	
ФЗ	62,50*	58,05–69,08	58,89*	54,41–61,84	78,89	74,76–83,06
ПЗ	55,56*	53,79–58,61	53,89*	51,86–56,39	63,75	60,21–66,67
ФФ	75,00*	70,00–80,00	75,00*	65,00–75,00	95,00	88,73–95,00
РФФ	50,00*	50,00–75,00	50,00*	50,00–75,00	100,00	75,00–100,00
РЭ	66,67*	66,67–100,00	66,67*	66,67–66,67	100,00	100,00–100,00
ЭЗ	55,00*	52,50–55,00	55,00*	50,00–55,00	65,00	55,00–65,63
	III триместр					
	N = 77		N = 53		N = 24	
ФЗ	45,00*	41,58–48,81	39,44*	36,67–46,42	76,39	73,05–78,06
ПЗ	53,06*	49,44–57,98	49,44* <sup>o</sup>	46,91–51,67	64,17	59,44–68,27
ФФ	55,00*	50,00–60,00	50,00*	40,00–60,00	90,00	85,00–90,00
РФФ	25,00*	0,00–25,00	0,00*	0,00–25,00	100,00	75,00–100,00
Б	32,50*	22,50–45,00	42,50*	32,50–46,02	22,38	0,00–22,50
ОЗ	62,50*	50,00–62,50	50,00*	50,00–62,50	50,00	50,00–50,00
Э	50,00*	50,00–56,25	50,00* <sup>o</sup>	49,36–50,00	56,25	54,67–62,50
СФ	50,00	50,00–50,00	50,00*	37,50–50,00	50,00	50,00–50,00
РЭ	33,33*	33,33–66,67	33,33*	33,33–33,33	100,00	100,00–100,00
ЭЗ	55,00*	52,50–55,00	52,50*	50,00–55,00	65,00	56,87–67,50

Примечания:

1.\* -  $p < 0,05$  по сравнению с контрольной группой;

2.<sup>o</sup> -  $p < 0,05$  по сравнению с группой изолированных МАС

Выявлена разнонаправленная корреляция: в основной группе во II триместре увеличение частоты гиперреактивности было связано со снижением, а в

группе контроля – с повышением показателей ПЗ и ФФ ( $p < 0,005$ ). Описанные наблюдения могут говорить о разных механизмах регулирования гомеостаза и адаптации у беременных основной и контрольной групп.

### **Течение и исходы беременности и родов у женщин с малыми аномалиями сердца**

Осложнения настоящей беременности (чрезмерная рвота беременных, требовавшая госпитализации; угрожающий выкидыш раннего срока, отслойка плаценты, тазовое предлежание плода, неразвивающаяся беременность, выкидыш, антенатальная гибель плода, преждевременные роды) диагностированы у 31 пациентки с ДСТ (22,6% (95% ДИ 15,37 – 32,12)), которые составили группу с осложнениями беременности. Течение беременности у женщин контрольной группы не осложнялось вышеперечисленными состояниями, ввиду чего выявлены значимые различия между группами (Fisher exact (two-tailed)  $p = 0,016$ ).

Помимо 7 женщин из основной группы с незавершенной беременностью (у 4 пациенток до 2-го осмотра произошел выкидыш, у одной – неразвивающаяся беременность; у 2 пациенток до 3-го осмотра произошла антенатальная гибель плода), информация об исходах беременности и родов получена у 99 родильниц (из них 22 пациентки с ПМК, 41 с АХ, 21 с сочетанными МАС и 15 женщин из группы контроля). У всех женщин, принявших участие в опросе, беременность завершилась рождением 1 ребенка. По виду родоразрешения, срочности родов и доношенности плода не было выявлено различий между пациентками с МАС и группой контроля ( $\chi^2$ , Fisher exact (two-tailed)  $p \geq 0,05$ ).

К неблагоприятным исходам беременности было также отнесено рождение детей с различными видами патологии. У детей, рожденных женщинами с ДСТ, выявлено 40 случаев патологии (переломы ключицы, дисплазия тазобедренных суставов, энцефалопатия, кефалогематомы, врожденные кисты головного мозга, ПМК, АХ: 47,6% (95% ДИ 33,62 – 64,08) - общая частота случаев). В контрольной группе отмечено рождение одного ребенка с дисплазией тазобедренных суставов (6,7% (95% ДИ 0,17 – 37,14)).

Эхокардиография по различным причинам проведена 37 детям (44,0%) женщин с ДСТ и 9 детям (60,0%) женщин из группы контроля. МАС в виде ПМК и/или АХ выявлены у 7 детей, рожденных женщинами, отнесенными к группе с ПМК (50% в группе), у 9 детей (56,3%) – в группе с АХ, 5 детей (71,4%) – в группе с сочетанием ПМК и АХ. В группе контроля у рожденных детей МАС не были обнаружены.

Выявлена прямая корреляция между частотой осложнений беременности и частотой патологии у детей в будущем: Spearman R 0,305 (95% ДИ 0,114 – 0,475,  $p = 0,002$ ). Общая частота случаев патологии у детей, рожденных женщинами с сочетанием ПМК и АХ, и в целом, с ДСТ, а также частота диагностиро-

ванных МАС у детей женщин всех групп с ННСТ была выше по сравнению с группой контроля ( $p < 0,05$ ).

Шанс развития неблагоприятных исходов беременности и выявления в последующем патологических изменений и малых аномалий развития у рожденного ребенка повышался в 14 раз (ОШ 14,0, 95% ДИ 1,77 – 110,62,  $p=0,012$ ) при наличии у беременных ДСТ по сравнению с женщинами контрольной группы.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

### Основные научные результаты диссертации

1. У беременных с сочетанием пролапса митрального клапана и аномальных хорд фенотипические стигмы дисплазии соединительной ткани выявлялись чаще, чем у беременных с изолированными малыми аномалиями сердца. С увеличением срока беременности нарастала частота фенотипических признаков дисплазии соединительной ткани со стороны кожи (стрии, пигментные пятна) и сосудов (варикозное расширение вен). Конституциональные особенности: индекс массы тела  $\leq 22,79$  кг/м<sup>2</sup> при наступлении беременности и степень прибавки в весе  $\leq 12,6$  кг к концу III триместра при предыдущих беременностях, позволяют предполагать наличие у женщины дисплазии соединительной ткани [3, 14, 8].

2. Для пациенток с дисплазией соединительной ткани характерны гиперсимпатикотония, увеличение частоты рассогласования межсистемных отношений и синдрома вегетативной дисфункции, подтверждающиеся нарастанием к III триместру гиперреактивности, выявляемой с помощью холодовой пробы, и неадекватным обеспечением физической и умственной деятельности (увеличение частоты ошибок при выполнении устного счета, удлинение времени, затрачиваемого на его выполнение, нарастание частоты патологической реакции при проведении динамометрии) [2, 4, 6, 7, 11, 12].

3. Повышенный уровень тревоги у беременных с малыми аномалиями сердца встречался чаще, чем в группе контроля, и был выявлен в III триместре у 39,3% женщин.

У пациенток основной группы в течение беременности увеличивалась частота высокой личностной тревожности по сравнению с контрольной группой и была диагностирована в I, II, III триместрах соответственно у 54,0%, 47,0% и 63,9% женщин. Умеренная реактивная тревожность, свойственная беременным с малыми аномалиями сердца, выявлялась в I, II, III триместрах соответственно у 80,3%, 73,5% и 60,0% пациенток основной группы [1, 5].

4. У беременных с малыми аномалиями сердца частота депрессивных расстройств нарастала в течение беременности: частота субклинически и клинически выраженной депрессии в I, II и III триместрах выявлена соответственно в 17,5%, 18,9% и 30,8% случаев.



Количественный уровень депрессии во всех группах нарастал к III триместру и сохранялся на более высоком уровне на протяжении беременности у пациенток с малыми аномалиями сердца по сравнению с группой контроля.

Частота непсихотического депрессивного состояния у женщин с дисплазией соединительной ткани увеличивалась к III триместру и была выявлена в 36,9% случаев.

Снижение суммарных показателей физического компонента качества жизни на всем протяжении беременности, психологического компонента - во II и III триместрах и более высокий показатель ощущения боли в I и III триместрах в основной группе по сравнению с контрольной подтверждали нарушение как физической, так и психологической адаптации к беременности у лиц с дисплазией соединительной ткани [1, 9, 10].

5. При наличии у беременных дисплазии соединительной ткани, независимо от вида и количества малых аномалий сердца, шанс неблагоприятного течения беременности и выявления в будущем патологии у детей возрастал в 14 раз (ОШ 14,0, 95% ДИ 1,77 – 110,62), шанс изолированного выявления патологии у детей увеличивался в 12,7 раза (ОШ 12,7, 95% ДИ 1,60-101,21) по сравнению с женщинами без дисплазии соединительной ткани.

Риск возникновения патологии у ребенка нарастал при наличии у матери сочетания более 10 фенотипических стигм дисплазии соединительной ткани и гипермобильности суставов выше 5 баллов (ОШ 3,4, 95% ДИ 1,12 – 10,17), а развития осложнений беременности – при выявлении более 12 фенотипических стигм дисплазии соединительной ткани (AUC 0,70, 95% ДИ 0,62-0,77).

К дополнительным признакам, ассоциировавшимся с повышением шанса развития неблагоприятных исходов беременности и выявления в будущем патологии у рожденных детей, относились гиперреактивность у женщин во II и III триместрах, уровень личностной тревожности выше 44 баллов в I триместре и более 47 баллов – во II-м, уровень депрессии по опроснику Гамильтона выше 6 баллов в I триместре и более 12 баллов во II-м [3, 14].

6. У беременных с малыми аномалиями сердца шанс рождения ребенка с пролапсом митрального клапана возрастал при наличии выкидышей в анамнезе (ОШ 2,9, 95% ДИ 0,80-10,48, специфичность 97,4%), индексе массы тела 18,4 кг/м<sup>2</sup> и менее при первичном осмотре беременной (ОШ 16,0, 95% ДИ 2,38 – 107,49, специфичность 92,3%), а также прибавке в весе у женщин ко II триместру 4,2 кг и менее (AUC 0,78, 95% ДИ 0,63-0,89, чувствительность 85,7%, специфичность 61,5%, ПЦОР 96,0%).

Шанс рождения ребенка с пролапсом митрального клапана или аномальными хордами ассоциирован с выраженной активацией симпатической нервной системы у беременных (индекс Кердо выше 19 в I триместре беременности (AUC 0,69, 95% ДИ 0,53 - 0,82, специфичность 85,2%), гиперреактивность при

проведении холодовой пробы во II триместре (ОШ 5,2, 95% ДИ 1,44 - 18,36), рассогласование межсистемных отношений (ОШ 4,0, 95% ДИ 1,05 - 14,89) и патологическая реакция при динамометрии в I (ОШ 3,4, 95% ДИ 1,00-11,71) и III (ОШ 4,0, 95% ДИ 1,06 - 15,37) триместрах) [3, 14].

### **Рекомендации по практическому использованию результатов**

1. Результаты диссертационной работы внедрены и используются в практической работе 4-й женской консультации, отделений гинекологии и патологии беременности УЗ «1-я городская клиническая больница» (г. Минск), являющегося городским центром по оказанию помощи беременным с сердечно-сосудистой патологией; отделения патологии беременности УЗ «5-я городская клиническая больница» (г. Минск), УЗ «Минская областная клиническая больница», УЗ «Гомельская областная клиническая больница», о чем свидетельствуют акты внедрения «Алгоритма выявления фенотипических признаков дисплазии соединительной ткани и динамического наблюдения беременных с наследственными нарушениями соединительной ткани с учетом психосоматического статуса и состояния вегетативной нервной системы» и «Бланка осмотра беременной с наследственными нарушениями соединительной ткани».

2. При первичном обращении в женскую консультацию для постановки на учет необходим совместный осмотр ревматолога (терапевта) и гинеколога с целью оценки риска развития неблагоприятных исходов и патологии беременности, включающий определение фенотипических стигм дисплазии соединительной ткани и сбор акушерского анамнеза (выкидыши в прошлом, прирост массы тела 12,6 кг и менее к концу III триместра при предыдущих беременностях, индекс массы тела при первичном осмотре 22,79 кг/м<sup>2</sup> и менее, более 10 фенотипических признаков дисплазии соединительной ткани). При выявлении данных факторов рекомендуется оценка исходного вегетативного статуса беременных с определением вегетативного индекса Кердо, что позволяет стратифицировать риск и прогнозировать шанс осложнений беременности и развития патологии у детей, рожденных женщинами с малыми аномалиями сердца (приложение).

3. Выявленные фенотипические признаки дисплазии соединительной ткани и гипермобильность суставов являются показанием для детального обследования сердечно-сосудистой системы и других систем для поиска прочих малых аномалий развития.

Необходимо целенаправленное обследование пациенток для выявления тревожно-депрессивных расстройств с целью их своевременной коррекции на протяжении беременности.

**Алгоритм выявления фенотипических признаков дисплазии соединительной ткани и динамического наблюдения беременных с наследственными нарушениями соединительной ткани с учетом психосоматического статуса и состояния вегетативной нервной системы**



## СПИСОК ПУБЛИКАЦИЙ СОИСКАТЕЛЯ

### Статьи в рецензируемых журналах

1. Каратыш, О.М. Качество жизни беременных с недифференцированной дисплазией соединительной ткани / О.М. Каратыш, Т.Д. Тябут // *Здравоохранение* – 2008. – №1. – С. 17-21.

2. Каратыш, О.М. Состояние вегетативной нервной системы у беременных с недифференцированной дисплазией соединительной ткани / О.М. Каратыш // *Медицинская панорама* – 2008. – №2 (85). – С. 9-12.

3. Каратыш, О.М. Исходы беременности и родов у женщин с наследственной дисплазией соединительной ткани / О.М. Каратыш, Т.Д. Тябут // *Медицина* – 2011. – №4 (75). – С. 22-28.

### Тезисы докладов и материалы конференций

4. Каратыш, О.М. Вегетативный статус у беременных с синдромом дисплазии соединительной ткани / О.М. Каратыш, О.В. Чанова // «Санкт-Петербургские научные чтения»: материалы тезисов Международного молодежного конгресса. – СПб, 2005. – С. 40-41.

5. Каратыш, О.М. Психосоматический статус беременных женщин с синдромом дисплазии соединительной ткани / О.М. Каратыш, О.В. Чанова // *Досягненне вучоніх – майбутне медицині: матеріали науково-практичної конференції молодих учених.* – Харків, 2005. – С. 41-42.

6. Чанова, О.В. Характеристика нарушений ритма и проводимости у беременных женщин с недифференцированной дисплазией соединительной ткани сердца / О.В. Чанова, Т.Д. Тябут, О.М. Каратыш // *Научные труды I съезда физиологов СНГ; под ред. Р.И. Сепиашвили.* – Сочи, Дагомыс 19-23.09.2005. – т.2. – С. 139.

7. Каратыш, О.М. Характеристика состояния вегетативной нервной системы у беременных с синдромом дисплазии соединительной ткани / О.М. Каратыш, Т.Д. Тябут, О.В. Чанова // *Научные труды I съезда физиологов СНГ; под ред. Р.И. Сепиашвили.* – Сочи, Дагомыс 19-23.09.2005. – т.2. – С. 139.

8. Тябут, Т.Д. Состояние вегетативной нервной системы и фенотипические признаки у беременных с синдромом дисплазии соединительной ткани / Т.Д. Тябут, О.М. Каратыш, О.В. Чанова // *Актуальные вопросы перинатологии: материалы научно-практической конференции с международным участием, посвященной 60-летию Гродненского областного клинического родильного дома.* – Гродно, 24-25.11.2005. – С. 397-401.

9. Каратыш, О.М. Качество жизни беременных с синдромом дисплазии соединительной ткани сердца / О.М. Каратыш, Т.Д. Тябут // *Материалы тезисов к XI Съезду терапевтов Республики Беларусь.* – Минск, 2006. – С. 246.

10. Каратыш, О.М. Психосоматическое состояние беременных с недифференцированной дисплазией соединительной ткани / О.М. Каратыш // «Санкт-Петербургские научные чтения»: тезисы II Международного медицинского Конгресса молодых ученых, Санкт-Петербург, декабрь 2007г. – Спб, 2007. – С. 34-35.

11. Каратыш, О.М. Вегетативные характеристики беременных с недифференцированной дисплазией соединительной ткани / О.М. Каратыш // Ревматические болезни в XXI веке: проблемы, перспективы: материалы конференции, Шымкент, апрель 2008 г. – Шымкент, 2008. – С. 123.

12. Каратыш, О.М. Адаптация вегетативной нервной системы в зависимости от срока беременности у женщин с недифференцированной дисплазией соединительной ткани / О.М. Каратыш // Научные труды II съезда физиологов СНГ, Кишинев, 29-31 октября 2008 г. – Спб: Медицина-Здоровье, 2008. – С. 164-165.

#### **Прочее**

13. Тябут, Т.Д. Недифференцированная дисплазия соединительной ткани / Т.Д. Тябут, О.М. Каратыш // Современная ревматология – 2009. – №2. – С. 19-23.

14. Жарская, О.М. Метод определения группы риска неблагоприятного течения беременности и родов у женщин с наследственными нарушениями соединительной ткани: инструкция по применению: утверждена Министерством здравоохранения Республики Беларусь 28.11.2012 г., регистрационный №128-1012 / О.М. Жарская, Т.Д. Тябут, О.В. Чанова. - БелМАПО, 2012. – 15с.

## РЭЗІЮМЭ

### Жарская Вольга Мар'янаўна

#### Клінічная варыянтнасць дысплазіі злучальнай тканкі ў цяжарных жанчын з малымі анамаліямі сэрца

Наяўнасць дысплазіі злучальнай тканкі (ДЗТ) у жанчын павялічвае шанец неспрыяльнага працякання цяжарнасці і выяўлення ў наступным паталогіі ў народжаных дзяцей. Асноўныя прадвеснікі неспрыяльных вынікаў цяжарнасці і родаў групы асоб, якая вывучалася, асвечаны недастаткова.

**Ключавыя словы:** дысплазія злучальнай тканкі, малыя анамаліі сэрца, фенатыпічныя прыкметы, вегетатыўны статус, якасць жыцця, зыходы цяжарнасці.

**Мэта:** распрацоўка новага метадалагічнага падыходу для павышэння эфектыўнасці дынамічнага назірання цяжарных з дысплазіяй злучальнай тканкі (малыя анамаліі сэрца).

**Аб'ект даследавання:** цяжарныя жанчыны з дысплазіяй злучальнай тканкі (малыя анамаліі сэрца).

**Метады даследавання:** клінічныя, эхакардыяграфія, тэставанне (апытальнікі, шкалы), функцыянальныя пробы.

**Вынікі.** Прапанаваны шляхі павышэння эфектыўнасці дыягностыкі ДЗТ на аснове аптымізацыі выкарыстання клінічных метадаў. Паказана, што частата выяўлення фенатыпічных прыкмет ДЗТ, узроўні трывогі і дэпрэсіі, фізічны і псіхалагічны кампаненты якасці жыцця змяняюцца на працягу цяжарнасці, дасягаючы максімальных адхіленняў ад мяжы нормы да III трыместра. Распрацаваны «Алгарытм выяўлення фенатыпічных прыкмет дысплазіі злучальнай тканкі і дынамічнага назірання цяжарных са спадчыннымі парушэннямі злучальнай тканкі, з улікам псіхасаматычнага статусу і стану вегетатыўнай нервовай сістэмы» прапанаваны для вылучэння катэгорыі асоб, якія маюць патрэбу ў дэталёвым даследаванні сардэчна-сасудзістай сістэмы ў адносінах пошуку іншых малых анамалій развіцця, акрамя пралапса мітральнага клапана і анамальных хорд, а таксама для папярэджвання вегетатыўных парушэнняў у жанчын з ДЗТ, што дазволіць стварыць спрыяльны фон для вынашвання цяжарнасці і працякання родаў.

**Вобласць прымянення:** рэўматалогія, тэрапія, акушэрства і гінекалогія.

## РЕЗЮМЕ

**Жарская Ольга Марьяновна**

### **Клиническая вариантность дисплазии соединительной ткани у женщин с малыми аномалиями сердца при беременности**

Наличие дисплазии соединительной ткани (ДСТ) у женщин увеличивает шанс неблагоприятного течения беременности и выявления в последующем патологии у родившихся детей. Основные предвестники неблагоприятных исходов беременности и родов изучаемой группы лиц освещены недостаточно.

**Ключевые слова:** дисплазия соединительной ткани, малые аномалии сердца, фенотипические признаки, вегетативный статус, качество жизни, исходы беременности.

**Цель:** разработка нового методологического подхода для повышения эффективности динамического наблюдения беременных с дисплазией соединительной ткани (малые аномалии сердца).

**Объект исследования:** беременные женщины с дисплазией соединительной ткани (малые аномалии сердца).

**Методы исследования:** клинические, эхокардиография, тестирование (опросники, шкалы), функциональные пробы.

**Результаты.** Предложены пути повышения эффективности диагностики ДСТ на основании оптимизации применения клинических методов. Показано, что частота выявления фенотипических стигм ДСТ, уровни тревоги и депрессии, физический и психологический компоненты качества жизни изменяются в процессе течения беременности, достигая максимальных отклонений от пределов нормы к III триместру. Разработан «Алгоритм выявления фенотипических признаков дисплазии соединительной ткани и динамического наблюдения беременных с наследственными нарушениями соединительной ткани с учетом психосоматического статуса и состояния вегетативной нервной системы», рекомендуемый для выделения категории лиц, нуждающейся в детальном исследовании сердечно-сосудистой системы в отношении поиска прочих малых аномалий развития, помимо пролапса митрального клапана и аномальных хорд, а также для предупреждения вегетативных нарушений у женщин с ДСТ, что позволит создать благоприятный фон для вынашивания беременности и протекания родов.

**Область применения:** ревматология, терапия, акушерство и гинекология.

РЕПОЗИТОРИЙ БГМУ

Подписано в печать 04.02.13. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Zoom».

Печать ризографическая. Гарнитура «Times».

Усл. печ. л. 1,16. Уч.-изд. л. 1,26. Тираж 60 экз. Заказ 62.

Издатель и полиграфическое исполнение:  
учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет».  
ЛИ № 02330/0494330 от 16.03.2009.  
Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.