

Заздравнов А.А.¹, Пасиешвили Н.М.²
БЕРЕМЕННЫЕ С СИНДРОМОМ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ
ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ – ГРУППА РИСКА ПО
АКУШЕРСКОЙ И ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ

¹**Харьковский национальный медицинский университет, Харьков,**
Украина

²**Харьковский областной клинический перинатальный центр, Харьков,**
Украина

Синдром недифференцированная дисплазия соединительной ткани (НДСТ) является наиболее частой экстрагенитальной патологией у беременных со стороны опорно-двигательного аппарата. Генерализованный характер поражения соединительной ткани распространяется на все органы и системы, включая репродуктивную. Все это не может не отразиться на течении беременности и родов.

В целом, синдром НДСТ характерен для женщин, как беременных, так и небеременных. Эстрогены увеличивают количество тучных клеток, способствует отека соединительной ткани и формированию экссудативных реакций. Под влиянием женских половых гормонов происходит преждевременное созревание фибробластов и разрушения части клеток с продукцией легкорастворимого, эластичного коллагена. Так, в подростковом возрасте у девушек по сравнению с юношами отмечается более быстрое прогрессирование сколиоза. Гипермобильность суставов и кожные проявления НДСТ также чаще обнаруживают у девочек. При наступлении беременности изменение гормонального фона в определенной степени «обостряет» течение синдрома НДСТ.

Согласно данным Клеменова А.В. и соавт, 2003, у женщин с синдромом НДСТ в 1,5 раза чаще, чем у соматически здоровых беременных встречается осложненное течение беременности, в 2,5 раза чаще поздние гестозы и преждевременный разрыв плодовых оболочек, в 2,7 раза чаще – слабость родовой деятельности (первичная и вторичная), в 3 раза чаще -родовой травматизм (разрывы промежности и влагалища). Другие авторы сообщают о 10-кратном росте родового травматизма при синдроме НДСТ, при этом расхождение лонного сочленения было диагностировано у 8,3% женщин (Дубоссарская З.М. и соавт., 2014).

Очень часто синдром НДСТ проявляется в виде т.н. малых аномалий сердца (пролабирование митрального клапана, дополнительные хорды в полости левого желудочка, эктопическое крепление хорд). Не вызывая серьезных гемодинамических расстройств, данная кардиальная патология может быть причиной расстройств сердечного ритма и проводимости, а также тромбоэмболических осложнений.

Негативное влияние синдрома НДСТ проявляется и в повышении заболеваемости младенцев, проявляющейся ишемически–гипоксическим повреждением центральной нервной системы, увеличением частоты врожденных пороков развития (крипторхизм, дисплазия тазобедренного сустава). Частота недоношенности при НДСТ в 3 раза превышает аналогичный показатель среди соматически здоровых беременных. Кроме того, дети матерей с синдромом НДСТ отличаются достоверно более низкой массой тела при рождении и более низким баллом по шкале Апгар (Клеменов А.В. и соавт, 2003).

Таким образом, беременные с синдромом НДСТ являются группой риска по акушерской и перинатальной патологии. В периоде гестации они нуждаются в диспансерном наблюдении терапевтом (при необходимости - ревматологом, кардиологом) и гинекологом женской консультации, а в родовом периоде требуют особой настороженности в плане профилактики родовых травм и слабости родовой деятельности.