

2. Увеличивается количество людей, прошедших тестирование, знающих о своем ВИЧ статусе.

3. Увеличивается число женщин, получающих вмешательства по профилактике вертикальной передачи ВИЧ-инфекции.

4. Снижается уровень перинатальной трансмиссии ВИЧ.

5. Способствует своевременному началу противовирусной терапии.

6. Помогает в принятии решения по планированию семьи, предупреждает сиротство.

7. Чем больше людей будут знать о ВИЧ и о своем ВИЧ статусе, тем меньше будет стигма по отношению к людям с ВИЧ-инфекцией.

## **ВОЗМОЖНОСТИ ФЕНОТИПИЧЕСКОГО СКРИНИНГА ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У БЕРЕМЕННЫХ**

**Егорова Т.Ю., Новицкая Т.В.**

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»  
г. Гродно, РБ*

Экстрагенитальные заболевания, имеющиеся у беременных, представляют собой особую проблему, как для акушеров-гинекологов, так и для терапевтов, поскольку экстрагенитальная патология определяет не только состояние женщины в гестационном периоде, течение родов, но и развитие плода. В последнее время отмечен высокий интерес врачей-практиков к проблеме дисплазии соединительной ткани (ДСТ), в связи с увеличением выявляемости пациентов с данной патологией [Нечаева Г.И., Викторова И.А., 2001].

Ведущее значение в развитии ДСТ имеют мутации генов, кодирующих синтез и пространственную организацию коллагенов, несущих ответственность за формирование компонентов матрикса, а также ферментов, принимающих участие в процессах фибрилlogenеза, однако, диспластические изменения могут быть обусловлены и воздействием неблагоприятных факторов в эмбриональном периоде, а также постнатально [Кадурина Т.И., 2000., Loeys De Raere A.M. 2002].

**Цель исследования:** изучение фенотипических проявлений недифференцированной дисплазии соединительной ткани у беременных с малыми аномалиями развития сердца.

**Материалы и методы.** Для изучения фенотипических проявлений недифференцированной дисплазии соединительной ткани у беременных с малыми аномалиями развития сердца было обследовано 52 пациентки с МАРС в I триместре беременности (основная группа). Контрольную группу составили 20 беременных в I триместре беременности, без выявленной, на момент обследования, патологии. У всех пациенток мы тщательно собирали анамнез, учитывали соматическую и гинекологическую патологию, паритет родов, особенности течения предыдущих беременностей и родов. Для исследования фенотипа применяли фенотипическую карту.

За основу, при обследовании беременных с малыми аномалиями развития сердца, была взята шкала бальной оценки фенотипических проявлений дисплазии соединительной ткани Буяновой С.Н., 2001.

**Результаты и обсуждение.** Обследуемые группы были сопоставимы. Средний возраст составил  $26,5 \pm 0,5$  лет. При анализе анамнестических данных было установлено: средний возраст менархе в обследуемых группах практически не отличался и составил  $12,5 \pm 1,3$  лет. В основной группе более 50% пациенток предъявляли жалобы на выраженный предменструальный синдром, альгодисменорею, меноррагию. Беременность у 38 (73,08 %) женщин основной группы протекала с угрозой прерывания. При анализе влияния паритета родов на степень выраженности фенотипических проявлений НДСТ отмечено, что в основной группе среди женщин со 2 степенью тяжести НДСТ преобладают повторнородящие – 10 пациенток (62,5%), что позволяет сделать вывод, что с ростом паритета родов отмечается рост фенотипических проявлений недифференцированной дисплазии соединительной ткани (независимо от первоначальных ведущих синдромов).

В структуре МАРС преобладал ПМК – 46,1%, аномально расположенная хорда левого желудочка (АРХ) составила 40,3%, сочетанная патология ПМК+АРХ имела место в 13,6 % случаев. Кроме того, отмечен случай пролапса трикуспидального клапана – 1 случай.

При анализе по шкале Буяновой С.Н. в основной группе 1 степень тяжести НДСТ выявлена у 69 % женщин, 2 степень у 31%. В контрольной группе 15% женщин по сумме набранных баллов имели маловыраженную НДСТ; 5%-среднюю степень выраженности, у 80% не выявлены признаки НДСТ. Необходимо отметить, что у 2 женщин контрольной группы в последующем были выявлены аномально расположенные хорды левого желудочка; поводом для

ультразвукового исследования сердца, явились результаты фенотипического скрининга.

Среди малых признаков по шкале Буяновой С.Н., наиболее часто встречающимися оказались: астеническое телосложение, патология зрения (миопия, подвывих хрусталика), лакунарный и смешанный тип радужной оболочки, вегетососудистые дисфункции, склонность к лёгкому образованию синяков. Среди больших признаков – гипермобильность суставов, склонность к аллергическим реакциям, варикозная болезнь, геморрой, дискинезия желчевыводящих путей.

ФЕНОТИПИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК	ЧИСЛО СЛУЧАЕВ	
	Основная группа	Контрольная группа
признак запястья	14	2
признак большого пальца	12	1
продольное плоскостопие	9	1
поперечное плоскостопие	2	-
астеническое телосложение	24	3
лакунарный тип радужной оболочки	16	2
миопия	12	4
голубые склеры	11	1
сколиоз	3	-
гипермобильность суставов	34	3
пигментные пятна	18	2
выраженная венозная сеть	6	2
варикозное расширение вен	7	1
геморрой	8	2

Были также отмечены нарушения периферического кровообращения и микроциркуляции (бледность, «мраморный» рисунок кожи, идиопатические периферические пастозность и отечность, сопровождающиеся субъективными ощущениями онемения, парестезий), которые имели тенденцию к увеличению при прогрессировании беременности при сравнении с I триместром).

Носовые и десневые кровотечения в анамнезе, легкое образование синяков выявлены у всех обследованных, однако только у женщин основной группы с НДСТ отмечалось достоверное увеличение геморрагического синдрома во время беременности (на 10%).

### **Выводы**

1. Скрининговое обследование по фенотипическим картам позволяет выделить группу риска женщин с НДСТ, которым показано ультразвуковое исследование сердца, для дальнейшего исключения МАРС.

2. С ростом паритета родов отмечается рост фенотипических проявлений недифференцированной дисплазии соединительной ткани (независимо от первоначальных ведущих синдромов).

3. Достоверное увеличение геморрагического синдрома во время беременности, позволяет отнести женщин с НДСТ в группу риска по развитию геморрагических осложнений.

## **ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У ЖЕНЩИН С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ**

**Егорова Т.Ю., Новицкая Т.В.**

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»*

*г. Гродно, РБ*

Проблема ДСТ вызывает в последнее время большой интерес в связи с увеличением выявляемости пациентов с данной патологией. Под термином «дисплазия соединительной ткани» понимают аномалию тканевой структуры с уменьшением содержания отдельных видов коллагена или нарушением их соотношения, что приводит к уменьшению прочности соединительной ткани органов и систем, что сопровождается различными морфофункциональными нарушениями. Частота выявления синдрома ДСТ, в зависимости от группы исследования, составляет 28-64%. Шейка матки является соединительнотканной структурой, (фиброзным органом) с высоким содержанием коллагена, в связи с этим, нарушение ее состоятельности (особенно у первобеременных) рассматривается с точки зрения недифференцированной дисплазии соединительной ткани. Функция шейки матки как органа, сохраняющего беременность, четко определяется процессами метаболизма коллагена и протеогликанов. Течение беременности и родов у женщин с НДСТ по данным различных авторов отличается большим количеством осложнений: угроза прерывания беременности, ранние и поздние гестозы, фетоплацентарная недостаточность, несвоевременное излитие околоплодных вод, в родах- развитие слабости родовой деятельности и другие аномалии сократительной функции матки, разрывы промежности, влагалища и шейки матки, кроме того отмечается больший объем кровопотери. Указанные осложнения являются причиной более высокой потребности в оперативных пособиях. Одним из возможных объяснений акушерских осложнений у женщин с НДСТ может служить дефицит магния. Ионы магния входят в состав основного вещества соединительной ткани и участвуют в регуляции