

ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ
СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Т.С. ЛУКИНА, О.Г. ПАВЛОВ, Е.А. КОЗИНА

*Тульский государственный университет, пр. Ленина 92, г. Тула, Россия, 300012,
e-mail: dr_o_pavlov@mail.ru*

Аннотация. Цель исследования: разработка комплекса диагностических и корректирующих мероприятий при беременности у женщин с недифференцированной дисплазией соединительной ткани.

Организация исследования: объектом исследования послужили 380 женщин, находившихся на лечении ГУЗ «Тульский областной перинатальный центр», МУЗ «Родильный дом №1 г. Тулы» с признаками недифференцированной дисплазии соединительной ткани в течение 2008-2010 гг., и в качестве группы сравнения 45 женщин по условию отсутствия признаков дисплазии в указанный выше временной период. Для оценки эффективности магниевой терапии женщины опытной группы были разделены на две подгруппы (190+190) в зависимости от применения/не применения препарата магния с раннего срока беременности.

Результаты исследования: недифференцированная дисплазия соединительной ткани во время беременности клинически проявляется нейроциркуляторной дистонией, сосудистыми нарушениями и геморрагическим синдромом, а также высокой частотой плацентарной недостаточности, угрозы прерывания беременности в 1-3 триместрах, истмико-цервикальной недостаточности, раннего токсикоза, анемии беременных. Проведенное этиопатогенетическое лечение привело к улучшению самочувствия беременных и уменьшению частоты различных жалоб, снижению удельного веса данных осложнений беременности. Лабораторно подтверждена нормализация показателей оксипролина и магния в крови беременных в 12-22-34 недели беременности вследствие магниевой терапии.

Заключение: недифференцированная дисплазия соединительной ткани во время беременности способствует развитию определенных патологических состояний различных систем организма, эффективно корректирующихся препаратами магния (Магне-В6) под контролем уровня оксипролина и магния в крови беременных. Назначение магниевой терапии обеспечивает доступность, качество и эффективность медико-профилактических мероприятий женщинам с недифференцированной дисплазией соединительной ткани, что оказывает существенное влияние на эффективность дородовой подготовки и повышает качество жизни беременных.

Ключевые слова: беременность, роды, новорожденные, недифференцированная дисплазия соединительной ткани, препараты магния.

MANAGEMENT OF PREGNANT WOMEN WITH UNDIFFERENTIATED CONNECTIVE TISSUE
DYSPLASIA

T.S. LUKINA, O.G. PAVLOV, E.A. KOZINA

Tula State University, Lenin Av. 92, Tula, Russian Federation, 300012, dr_o_pavlov@mail.ru

Abstract. The purpose of this study was to develop complex diagnostic and corrective measures during pregnancy in women with undifferentiated connective tissue dysplasia.

Material and Subjects: the research object was 380 women who were treated in Tula regional perinatal centre and Maternity hospital №1 of Tula with signs of undifferentiated connective tissue dysplasia during 2008-2010 yy., and as a comparison group 45 women in the absence of signs of dysplasia in the same time period. To assess the magnesium therapy effectiveness, the women of experimental group were divided into two subgroups (190+190) depending on the use/non-use of the preparation of magnesium with early pregnancy term.

Results: undifferentiated connective tissue dysplasia during pregnancy is clinically manifested by neuro-circulatory dystonia, vascular disorders and hemorrhagic syndrome, as well as a high frequency of placenta insufficiency, threatened abortion in 1-3 trimesters, isthmio-cervical insufficiency, early toxicosis and anemia of pregnant. The etiological-pathogenetical treatment was resulted in to the improvement of pregnant women health, reduction of the frequency of different complaints and decreased of average weight of these pregnancy complications. Normalization of parameters of oxypoline and magnesium in the blood of pregnant women in 12-22-34 weeks of pregnancy due to magnesium therapy was laboratory confirmed.

Conclusion: undifferentiated connective tissue dysplasia during pregnancy contributes to the development of certain pathological conditions of various systems of the body and it can be effectively corrected by magne-

Библиографическая ссылка:

Лукина Т.С., Павлов О.Г., Козина Е.А. Ведение беременных женщин с недифференцированной дисплазией соединительной ткани // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2015. №4. Публикация 2-5. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2015-4/5258.pdf> (дата обращения: 30.11.2015). DOI: 10.12737/16165

sium drugs (Magne-B6) under the control of oxyproline and magnesium in the blood of pregnant women. Magnesium therapy ensures the accessibility, quality and efficiency of health prevention activities to women with undifferentiated connective tissue dysplasia that has a significant impact on the effectiveness of antenatal preparation and enhances the quality of life of pregnant women.

Key words: pregnancy, childbirth, newborns, undifferentiated connective tissue dysplasia, magnesium drugs.

Широкая распространенность мультифакториальной патологии среди населения проявляются высокой частотой эстрагенитальной патологии у женщин в течение беременности, способствующей возникновению различных сочетанных патологических процессов [7, 10]. Эстрагенитальные заболевания в большинстве случаев сами утяжеляются в течение беременности, что вызывает дополнительное ухудшение условий для гестационного процесса и исхода родов. Согласно полученным данным, с эстрагенитальной патологией ассоциируется 12-20% материнской смертности и до 40% перинатальной заболеваемости. Причем в последние годы внимание исследователей привлекают нарушения репродукции у женщин, обусловленные различными эстрагенитальными заболеваниями [12].

Среди рожавшего контингента женщин клинические проявления *недифференцированной дисплазии соединительной ткани* (НДСТ) определяются у 20-30% беременных женщин [4, 5]. Патологические изменения репродуктивной системы, обусловленные генерализованным поражением соединительной ткани, приводят к системным нарушениям в репродуктивной функции женщины [1, 3, 7-9], способствуют развитию осложнений течения беременности и родов [13]. Проявления НДСТ при беременности исследованы в настоящее время еще недостаточно и касаются частных вопросов проблемы [1, 2, 13]. Вместе с тем комплексное исследование беременных женщин с НДСТ при беременности может послужить основой для разработки новых возможностей диагностики, медикаментозной коррекции и профилактики патологии.

Цель исследования – разработка комплекса диагностических и корректирующих мероприятий при беременности у женщин с недифференцированной дисплазией соединительной ткани.

Материалы и методы исследования. Объектом исследования послужили 380 женщин, находившихся на лечении ГУЗ «Тульский областной перинатальный центр», МУЗ «Родильный дом №1 г. Тулы» с признаками НДСТ в течение 2008-2010 гг. Критерии включения: наличие у женщин внешних и висцеральных фенотипических признаков дисплазии соединительной ткани (не менее 5-ти из перечисленных): гипермобильность суставов, повышенная растяжимость кожи, сколиоз, врожденный вывих или дисплазия тазобедренных суставов, спонтанный пневмоторакс, нефроптоз, удвоение почки и/или мочевыводящих путей, повышенная кровоточивость (носовые и десневые кровотечения, обильные менструации), миопия, варикозное расширение вен нижних конечностей. Контрольная группа женщин формировалась по условию отсутствия указанных ранее признаков НДСТ ($n=420$). Общие условия включения – добровольное информированное согласие женщин на участие в научном исследовании и прием препаратов магния. Для оценки эффективности магниевой терапии женщины I группы были разделены на две подгруппы в зависимости от применения препарата магния. В I подгруппу (группа 1А) включили 190 беременных, которые отказались от приема препарата магния и практически все были представителями неблагополучных семей и с социально неосознанным и неконструктивным отношением к материнству. Во II подгруппу (группа 1Б) включили 190 беременных, которые в течение данной беременности принимали магний согласно разработанной методике: с момента установления беременности в сроке до 12 недель помимо коррекции соматической и акушерско-гинекологической патологии, назначалась терапия препаратом Магне-В6 в дозе 4 таблетки в сутки (192 мг – средняя терапевтическая доза) длительно, в непрерывном режиме минимум до 36 недель [6]. Контроль проводимой терапии осуществлялся путем трехкратного определения уровня оксипролина и магния в крови беременных. Статистическая обработка результатов исследования включала вычисление абсолютных, относительных и средних величин, оценку достоверности различий по критерию Стьюдента; отношение шансов с использованием пакетов прикладных статистических программ «Microsoft Excel 2003 (Microsoft Corp., США) и Statistica 6.0 for Windows.

Результаты и их обсуждение. Проведенное исследование выявило полиморфизм соматической симптоматики у беременных с НДСТ 1А группы. Патологическую картину определяли три синдрома: нейроциркуляторная дистония, сосудистые нарушения и геморрагический синдром. К началу беременности все пациентки с НДСТ страдали синдромом нейроциркуляторной дистонии; в основном лидировали легкое и среднее течение заболевания, однако, у каждой 5 беременной имело место тяжелое течение. Среди симптомов нейроциркуляторной дистонии лидировали пониженное артериальное давление (ОШ 14,01, 95% ДИ 8,77-23,38), сонливость (ОШ 3,98, 95% ДИ 2,81-5,69), нестабильная артериальная гипертензия (ОШ 3,03, 95% ДИ 1,98-4,81), нарушения терморегуляции (ОШ 3,65, 95% ДИ 2,55-5,21).

Вторым по значимости установлен синдром сосудистых нарушений, клиническую картину которого составили перебои в работе сердца (ОШ 4,77, 95% ДИ 3,36-6,84), сердцебиение (ОШ 2,42, ДИ 1,81-

Библиографическая ссылка:

Лукина Т.С., Павлов О.Г., Козина Е.А. Ведение беременных женщин с недифференцированной дисплазией соединительной ткани // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2015. №4. Публикация 2-5. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2015-4/5258.pdf> (дата обращения: 30.11.2015). DOI: 10.12737/16165

3,25), чувство нехватки воздуха (ОШ 2,04, 95% ДИ 1,54-2,73), цефалгии (ОШ 2,97, 95% ДИ 1,07-2,14), головокружение (ОШ 2,74, 95% ДИ 1,96-3,82), онемение конечностей (ОШ 2,06, 95% ДИ 1,43-2,98).

Геморрагический синдром является одним из клинических проявлений мезенхимальных дисплазий и встречался у обследованных женщин в 73% случаев. Среди клинических проявлений синдрома преобладали носовые и/или десневые кровотечения (ОШ 2,10, 95% ДИ 1,58-2,81) и легкое образование контактных подкожных гематом (ОШ 1,61 95% ДИ 1,16-2,23).

Антропометрическое обследование, проведенное в первом триместре беременности, показало, что женщины с НДСТ 1А группы по сравнению с контрольной группой имели достоверно более низкую массу тела, сниженный индекс массы тела и индекс окружности запястья ($p < 0,01$). У половины беременных с НДСТ 1А группы встречалась дисплазия тазобедренных суставов (55,5%), тогда как в контроле отсутствовала.

Анализ особенностей течения беременности и исхода родов у женщин с НДСТ 1А группы выявил значительно более высокий удельный вес осложнений для матери и плода – новорожденного. Среди осложнений беременности следует выделить угрозу прерывания беременности в 1 триместре (ОШ 2,84, 95% ДИ 2,04-3,96), во 2 триместре (ОШ 3,89, 95% ДИ 2,67-5,66) и истмико-цервикальную недостаточность (ОШ 8,62, 95% ДИ 4,22-17,63). Среди осложнений 1 триместра следует отметить ранний токсикоз беременных (ОШ 3,03, 95% ДИ 2,24-4,11), заслуживает внимания выявление отслойки хориона по данным УЗИ у 19 беременных с НДСТ 1 подгруппы. В контрольной группе указанные выше осложнения не зарегистрированы. Из заболеваний периода беременности наиболее выделялась анемия в первой половине беременности (ОШ 2,66, 95% ДИ 1,83-3,88). Преэклампсия, как одно из наиболее серьезных осложнений беременности, чаще выявлялась у беременных с НДСТ 1А группы (ОШ 1,57, 95% ДИ 1,15-2,14). Влияние НДСТ на фетоплацентарную систему проявлялось высокой частотой плацентарной недостаточности у женщин 1А группы (ОШ 3,30, 95% ДИ 2,33-4,66), продолжительное течение которой способствовало внутриутробной задержке развития плода только среди беременных с НДСТ. Основным клиническим проявлением плацентарной недостаточности у беременных с НДСТ была хроническая внутриутробная гипоксия, которая выявлялась (по данным кардиотокографии и доплерометрии) у 43,5% пациенток 1А группы, что достоверно выше, чем в контроле – 16,4% ($p < 0,05$). На основании приведенных данных плацентарная недостаточность может рассматриваться как ведущий симптом НДСТ у беременных.

Из 190 беременностей 1-й подгруппы основной группы беременность закончилась родами у 185 женщин, тогда как в контрольной группе все 420 беременностей закончились родами. При анализе родов обращало внимание, что у 30 (15,7%) женщин 1А группы и у 7 (1,6%) женщин группы контроля произошли преждевременные роды. Их причинами во 1-й подгруппе основной группы послужили: преждевременное развитие регулярной родовой деятельности (ОШ 2,54, 95% ДИ 0,39-31,12), дородовое излитие околоплодных вод (ОШ 1,54, 95% ДИ 0,28-8,31), преэклампсия тяжелой степени (ОШ 1,40, 95% ДИ 0,32-6,11), отслойка нормально расположенной плаценты (ОШ 1,87, 95% ДИ 0,35-10,06). В группе контроля преждевременные роды произошли вследствие преэклампсии и дородового излития околоплодных вод. Исходы настоящей беременности анализируемых контингентов женщин представлены в табл. 1.

Таблица 1

Исходы настоящей беременности у женщин второй подгруппы опытной группы и группы контроля

Исход беременности	Контрольная группа		Опытная группа, подгруппа 1		ОШ (95% ДИ)
	абс.	%	абс.	%	
Самопроизвольный выкидыш	0	0	5	2,6	
Своевременные роды	413	98,3	150	78,9	0,80 (0,62-1,03)
Преждевременные роды	7	1,7	30	15,9	8,98 (4,09-21,95)
Запоздалые роды	0	0	5	2,6	

При наличии НДСТ у женщин без магниевого лечения роды чаще осложнялись слабостью родовой деятельности (ОШ 5,51, 95% ДИ 2,52-12,3), несвоевременным излитием околоплодных вод (ОШ 2,75, 95% ДИ 1,61-4,72), гипоксией плода (ОШ 1,85, 95% ДИ 1,01-3,33). Продолжительность безводного промежутка в 1 подгруппе женщин в 1,5 раза превышала таковой в контрольной группе ($p < 0,01$). При НДСТ у женщин, не принимавших препараты магния, установлена значительно более высокая средняя кровопотеря ($322,0 \pm 13,1$, $p < 0,01$ мл) по сравнению с женщинами основной группы ($222,0 \pm 33,1$ мл). Этим же можно объяснить высокую частоту анемии (45% случаев) в послеродовом периоде у женщин с НДСТ, не

Библиографическая ссылка:

Лукина Т.С., Павлов О.Г., Козина Е.А. Ведение беременных женщин с недифференцированной дисплазией соединительной ткани // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2015. №4. Публикация 2-5. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2015-4/5258.pdf> (дата обращения: 30.11.2015). DOI: 10.12737/16165

получавших препараты магния. Осложненное течение беременности и родов обусловили применение у рожениц с НДСТ 1А группы существенно большего числа оперативных пособий: операция кесарева сечения была выполнена в основной группе 27 женщинам (14,2%), в контрольной группе – 32 (7,6%). В раннем послеродовом периоде у женщин 1 подгруппы значительно чаще диагностировался эндометрит по сравнению с контролем (ОШ 7,80, 95% ДИ 4,69-13,45). В раннем неонатальном периоде у новорожденных 1А группы в большей степени диагностировались морфофункциональная незрелость (18,5%), конъюгационная желтуха (11,8%) и синдром дыхательных расстройств (10,8%). При наличии у беременной НДСТ повышается риск асфиксии новорожденных средней и тяжелой степени (18,9 и 2,7% новорожденных соответственно). Период ранней неонатальной адаптации у детей, родившихся от матерей с НДСТ 1А группы, характеризовался большей первоначальной потерей массы тела (до 500 гр) и более поздним ее восстановлением (на 5-7 сутки).

Проведенное этиопатогенетическое лечение привело к улучшению самочувствия беременных и уменьшению частоты различных жалоб (нормализация сна, нормализация психо-эмоционального фона, седативный эффект, уменьшение болей в пояснице, уменьшение болей в области сердца), снижению удельного веса ряда осложнений беременности (угрожающий выкидыш в I-II триместре, угрожающие преждевременные роды, преэклампсия, анемия беременных, хроническая внутриутробная гипоксия плода, внутриутробная задержка роста плода).

При анализе исходного уровня метаболитов соединительной ткани установлено достоверное превышение уровня оксипролина и снижение содержания магния в опытной группе по сравнению с контрольной (рис. 1). Значимые изменения зарегистрированы при анализе показателей оксипролина и магния в процессе магниевой терапии. Если до начала лечения уровень оксипролина у женщин с НДСТ значительно превышал таковой у женщин контрольной группы, то на фоне лечения происходила выраженная нормализация уровня оксипролина к 22 неделям (на 50%), а к 34 неделям зарегистрировано его абсолютное соответствие уровню контрольной группы. Тогда как в подгруппе 1 основной группы наблюдалось статистически значимое повышение уровня оксипролина, свидетельствующее о прогрессирующей деградации коллагенов с увеличением срока беременности за счет тканей материнского и/или плодового происхождения ($p < 0,001$).

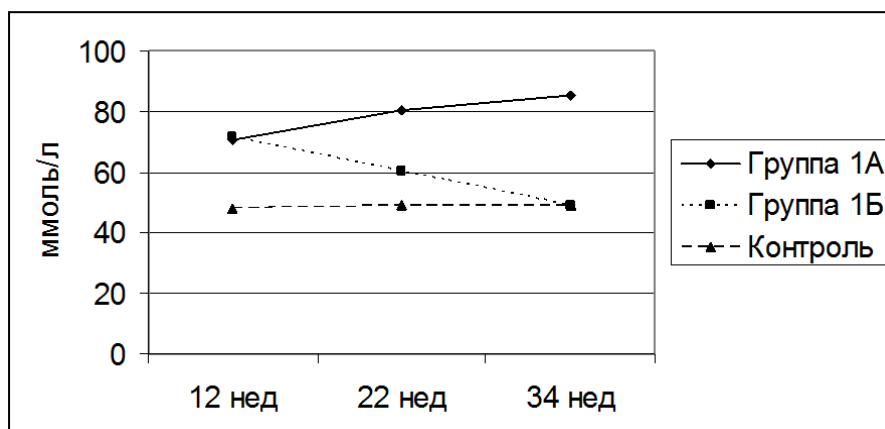


Рис. 1. Динамика содержания оксипролина в крови беременных при назначении и отсутствии магниевой терапии, ммоль/л

Прием магния приводит к полной нормализации показателя к 22 неделям (рис. 2) и незначительному его превалированию (+11,4%) в 34 недели беременности ($p > 0,05$). Уровень магния в крови беременных с НДСТ не получавших препараты магния оставался низким на протяжении всей беременности и достоверно снижался между 12 и 34 неделями ($p < 0,05$).

Библиографическая ссылка:

Лукина Т.С., Павлов О.Г., Козина Е.А. Ведение беременных женщин с недифференцированной дисплазией соединительной ткани // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2015. №4. Публикация 2-5. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2015-4/5258.pdf> (дата обращения: 30.11.2015). DOI: 10.12737/16165

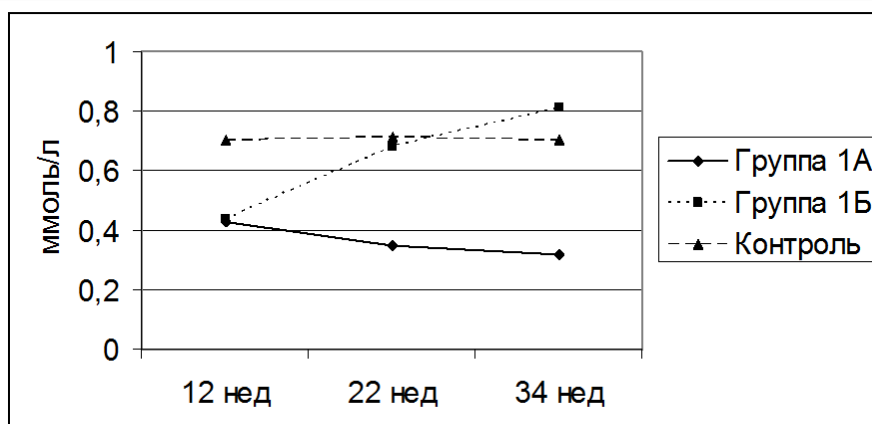


Рис. 2. Показатели содержания магния в крови беременных на 12-34 неделе при назначении и отсутствии магниевой терапии, ммоль/л

В 1Б группе реже встречалась угроза прерывания беременности (25,7%), тогда как среди женщин контрольной группы – в 67,5% случаев. Преждевременные роды в группе, получавшей магниевую терапию, произошли у 5 (2,7%) женщин, в контрольной – у 30 (16,2%), а частота преэклампсии снизилась в 3,3 раза. При лечении препаратами магния реже встречалась хроническая гипоксия (43,5%) и внутриутробная задержка роста плода (12,7%) по сравнению женщинами 1Б группы (15,0 и 7% случаев соответственно). На фоне приема магния наблюдалось более благоприятное течение родов, что положительно сказывалось на состоянии новорожденных. Так, в состоянии легкой асфиксии (оценка по шкале Апгар 6-7 баллов) родилось 170 (89,4%) детей 2-й подгруппы против 55 (29,7%) новорожденных 1-й подгруппы. В асфиксии средней степени тяжести (оценка по шкале Апгар 4-5 баллов) родилось 15 (7,8%) детей 2-й подгруппы против 55 (29,7%) новорожденных при отсутствии магниевых лечений во время беременности. В тяжелой асфиксии с оценкой по шкале Апгар 1-3 балла родились 2,6% новорожденных 2-й подгруппы против 75 (40,5%) детей 1-й подгруппы. В раннем неонатальном периоде у детей, родившихся от женщин 1Б группы, реже, чем от женщин 1А группы, диагностировались морфофункциональная незрелость (2,6 и 18,5% соответственно) и конъюгационная желтуха (5,2 и 11,8% новорожденных соответственно).

Заключение. Реализация репродуктивной функции у женщин с НДСТ в значительной степени предопределяется информативно-диагностическим комплексом фенотипических маркеров «слабости» соединительной ткани: повышенная растяжимость кожи, нестабильность опорно-двигательного аппарата (гипермобильность суставов, вывихи и подвывихи, дисплазия тазобедренных суставов, плоскостопие, сколиоз), миопия, варикозное расширение вен нижних конечностей.

Женщины с НДСТ относятся к группе высокого риска нарушений репродуктивной функции в отношении ряда осложнений в период беременности (угроза прерывания беременности, преэклампсия, плацентарная недостаточность) и оперативного родоразрешения (как экстренных операций кесарева сечения, так и общего оперативного родоразрешения).

Назначение магниевой терапии под контролем уровня оксипролина и магния в сыворотке крови обеспечивает доступность, качество и эффективность медико-профилактических мероприятий женщинам с НДСТ, что оказывает существенное влияние на эффективность дородовой подготовки и повышает качество жизни беременных. Использование магниевой терапии у беременных женщин с НДСТ приводит к уменьшению деградации коллагенов, что проявляется достоверным снижением уровня оксипролина, нормализацией уровня магния в крови, способствует снижению частоты угрозы прерывания беременности, преэклампсии, хронической гипоксии и задержки внутриутробного развития плода.

Литература

1. Айрапетов Д.Ю. Значение недифференцированной дисплазии соединительной ткани в формировании женского бесплодия // *Акушерство и гинекология*. 2008. № 2. С. 47–50.
2. Верткин А.Л., Ткачева О.Н., Ткачева О.М., Клеменов А.В., Мишина И.Е. Некоторые аспекты применения препаратов магния при беременности // *Проблемы репродукции*. 2005. № 4. С. 57–63.
3. Волков В.Г., Павлов О.Г. Исследование методами системного анализа роли наследственной отягощенности гипертонической болезнью в возникновении гестозов // *Вестник новых медицинских технологий*. 2006. Т. 13, № 1. С. 92–94.

Библиографическая ссылка:

Лукина Т.С., Павлов О.Г., Козина Е.А. Ведение беременных женщин с недифференцированной дисплазией соединительной ткани // *Вестник новых медицинских технологий*. Электронное издание. 2015. №4. Публикация 2-5. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2015-4/5258.pdf> (дата обращения: 30.11.2015). DOI: 10.12737/16165

4. Земцовский Э.В. Недифференцированная дисплазия соединительной ткани. Состояние и перспективы развития представлений о наследственных расстройствах соединительной ткани // Дисплазия соединительной ткани. 2008. № 1. С. 5–13.
5. Кадурина Т.И. Наследственные коллагенопатии (клиника, диагностика, лечение, диспансеризация). СПб: Невский диалект, 2000. 270 с.
6. Лукина Т.С., Павлов О.Г. Терапия препаратами магния при беременности у женщин с недифференцированной дисплазией соединительной ткани // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2014. № 1. Публикация 2-64. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2014-1/4874.pdf> (Дата обращения: 03.07.2014). DOI: 10.12737/5479.
7. Павлов О.Г. Системное влияние наследственной предрасположенности к соматопатологии и медико-социальных факторов на течение беременности и исход родов: дисс.... док. мед. наук. Тула: Тульский государственный университет, 2006. 295 с.
8. Павлов О.Г. Системный подход к анализу причин развития инфекций у новорожденных в раннем неонатальном периоде // Вестник новых медицинских технологий. 2010. Т. 17, № 3. С. 74–75.
9. Павлов О.Г., Мартыанов Д.В. Системо-образующие факторы развития ранних послеродовых инфекций // Вестник новых медицинских технологий. 2011. Т. 18, № 1. С. 23–25.
10. Павлов О.Г. Сочетанная соматическая патология родителей и репродуктивная функция их дочерей // Вестник новых медицинских технологий. 2011. Т. 18, № 3. С. 248–250.
11. Смольнова Т. Целесообразность применения препарата «магнерот» в акушерской практике при дисплазии соединительной ткани // Врач. 2007. № 8. С. 47–51.
12. Сухих Г.Т., Юсупова А.Н., Павлова Ю.В. Перспективы формирования национального законодательства в сфере охраны репродуктивного здоровья граждан в РФ // Акушерство и гинекология. 2010. № 5. С. 3–5.
13. Трунченко Н.В., Киселева Т.В. Исходы беременности и родов для матерей и плода у пациенток с малыми аномалиями развития сердца // Современные наукоемкие технологии. 2009. № 10. С. 60–71.

References

1. Ayrapetov DYU. Znachenie nedifferentsirovannoy displazii soedinitel'noy tkani v formirovani zhen'skogo besplodiya. Akusherstvo i ginekologiya. 2008;2:47–50. Russian.
2. Vertkin AL, Tkacheva ON, Tkacheva OM, Klemenov AV, Mishina IE. Nekotorye aspekty primeneniya preparatov magniya pri beremennosti. Problemy reproduktivnoy. 2005;4:57–63. Russian.
3. Volkov VG, Pavlov OG. [Study of the hereditary predisposition to hypertension diseases and medical-social factors influence in gestosis development by methods of the system analysis]. Vestnik novykh meditsinskikh tekhnologiy. 2006;13(1):92–4. Russian.
4. Zemtsovskiy EV. Nedifferentsirovannaya displaziya soedinitel'noy tkani. Sostoyanie i perspektivy razvitiya predstavleniy o nasledstvennykh rasstroystvakh soedinitel'noy tkani. Displaziya soedinitel'noy tkani. 2008;1:5–13. Russian.
5. Kadurina TI. Nasledstvennyye kollagenopatii (klinika, diagnostika, lechenie, dispanserizatsiya). Saint-Petersburg: Nevskiy dialect; 2000. Russian.
14. Lukina T.S., Pavlov O.G. [Therapy of magnesium drugs in pregnant women with undifferentiated connective tissue dysplasia]. Vestnik novykh meditsinskikh tekhnologiy. (Elektronnyy zhurnal) [Internet] 2014[cited 2014 Jul 03];1:[about 5 p.]. Russian. Available from: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2014-1/4874.pdf>. DOI: 10.12737/5479.
6. Pavlov OG. [The systemic impact of the hereditary predisposition to somatic pathology and medico-social factors on the course of pregnancy and birth outcomes] [dissertation]. Tula (Tula region): Tula State University; 2006. Russian.
7. Pavlov OG. [System analysis of newborns infections reasons in early neonatal period]. Vestnik novykh meditsinskikh tekhnologiy. 2010;17(3):74–5. Russian.
8. Pavlov OG, Mart'yanov DV. [Systemic factors of female infections in early post delivery periods]. Vestnik novykh meditsinskikh tekhnologiy. 2011;18(1):23–5. Russian.
9. Pavlov OG. [Combined somatic parents's pathology and reproductive function of their daughters]. Vestnik novykh meditsinskikh tekhnologiy. 2011;18(3):248–50. Russian.
10. Smol'nova T. Tselesoobraznost' primeneniya preparata «magnerot» v akusherskoy praktike pri displazii soedinitel'noy tkani. Vrach. 2007;8:47–51. Russian.
11. Sukhikh GT, Yusupova AN, Pavlova YuV. Perspektivy formirovaniya natsional'nogo zakonodatel'stva v sfere okhrany reproduktivnogo zdorov'ya grazhdan v RF. Akusherstvo i ginekologiya. 2010;5:3–5. Russian.
12. Trunchenko NV, Kiseleva TV. Iskhody beremennosti i rodov dlya materей i ploda u patsientok s malymi anomal'yami razvitiya serdtsa. Sovremennyye naukoemkie tekhnologii. 2009;10:60–71. Russian.

Библиографическая ссылка:

Лукина Т.С., Павлов О.Г., Козина Е.А. Ведение беременных женщин с недифференцированной дисплазией соединительной ткани // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2015. №4. Публикация 2-5. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2015-4/5258.pdf> (дата обращения: 30.11.2015). DOI: 10.12737/16165