

УДК 614.2: 613:616-02-036.2-084

**ХОРЕЯ БЕРЕМЕННЫХ.
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ**

Циплугина Ольга Юрьевна
ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,
Краснодар, Россия

Антипова Людмила Николаевна – к.м.н.
ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,
Краснодар, Россия

Шепеть Пётр Захарович
ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,
Краснодар, Россия

Тозлян Екатерина Николаевна
ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,
Краснодар, Россия

Петрова Татьяна Валерьевна
ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,
Краснодар, Россия

Потапова Алла Александровна – к.м.н.
ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,
Краснодар, Россия

Описан клинический случай кратковременного хореического и дистонического гиперкинеза нижних конечностей у беременной в сроке 18–19 недель. До беременности пациентка принимала гормональные контрацептивы, не имела указаний на семейный характер заболевания или перенесенное ревматическое заболевание. Краткосрочный (пятимесячный) катамнез продемонстрировал отсутствие рецидива гиперкинеза при пролонгировании беременности и в перипартальном периоде.

Ключевые слова: БЕРЕМЕННОСТЬ, ХОРЕЯ БЕРЕМЕННЫХ

UDC 614.2: 613:616-02-036.2-084

**CHOREA GRAVIDARUM.
CLINIC CASE**

Tsiplugina Olga Jurievna
SBIHC «Region clinic hospital Nr 2»,
Krasnodar, Russia

Antipova Liudmila Nikolaevna – MD
SBIHC «Region clinic hospital Nr 2»,
Krasnodar, Russia

Sepet Peter Zhaharovich
SBIHC «Region clinic hospital Nr 2»,
Krasnodar, Russia

Tozlyan Ekaterina Nikolaevna
SBIHC «Region clinic hospital Nr 2»,
Krasnodar, Russia

Petrova Tatyana Valerievna
SBIHC «Region clinic hospital Nr 2»,
Krasnodar, Russia

Potapova Alla Alexandrovna – MD
SBIHC «Region clinic hospital Nr 2»,
Krasnodar, Russia

A clinic case of transitory choric and dystonic low extremities hyper kinesis in 18–19 weeks gestation was described. The patient was treated by oral contraceptive before pregnancy. She denied a hereditary disease or rheumatic commemorative sign. The brief (5-months) catamnesis has demonstrated no relapse during the gestation in peripartal period.

Key words: GESTATION, CHOREA GRAVIDARUM

Хорея беременных – собирательный термин, определяющий появление клинической картины хореического гиперкинеза в период беременности. В клинической практике хорея беременных встречается достаточно редко. Описываемые в литературе случаи представляют интерес не только в интерпретации нозологической принадлежности и направленности терапии.

Цель исследования: демонстрация клинического случая транзиторного хореического гиперкинеза, развившегося на фоне беременности.

Материал и методы. Пациентка К., 35 лет, находилась на лечении в неврологическом отделении № 2 ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2» в феврале 2018 г., состоит в зарегистрированном браке, срок беременности 19–20 недель.

Магнитно-резонансная томография позвоночника и головного мозга выполнялась на томографе APERTO Lucent (НІТАСНІ) с индукцией магнитного поля – 0,4 Тл.

Результаты исследования. Пациентка К. была госпитализирована в экстренном порядке с жалобами на произвольные движения нижними конечностями, как в покое, так и при движении, слабость и «онемение» правой стопы.

Анамнез заболевания: произвольные движения появились за три дня до обращения в районную больницу по месту жительства. В связи с подозрением на объемное образование спинного мозга была направлена в краевое лечебное учреждение.

Анамнез жизни: росла и развивалась соответственно возрасту. Хронических заболеваний, травм, операций не было. Семейный анамнез без особенностей. В восьмом классе перенесла ангину. Аллергологический анамнез: аллергия на пенициллин.

Беременность у пациентки вторая, до наступления данного состояния протекала без особенностей. Первая беременность также проходила

нормально, закончилась срочными родами. И перед первой беременностью, и перед второй (на протяжении двух лет) принимала препарат из группы оральных контрацептивов «Три-регол». После его отмены запланированная беременность наступила во время второго сформированного менструального цикла.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Рост средний – 168 см, вес – 62 кг, индекс массы тела (ИМТ) – 22. Умеренного питания, правильного телосложения. Кожные покровы и слизистые чистые, бледно-розовые. Периферические лимфоузлы не увеличены. Периферические отеки отсутствуют. Температура тела – 36,6 °С. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхания – 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Частота сердечных сокращений – 90 в минуту. Границы сердца не расширены. Пульс удовлетворительных качеств, 90 ударов в минуту. АД – 110/70 мм рт. ст. Живот безболезненный, не напряженный, пальпируется беременная матка. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Стул без особенностей. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный. Мочеиспускание нормальное.

В неврологическом статусе. При поступлении: пациентка в сознании, контактна, ориентирована полностью. Астенизирована. Все инструкции выполняет верно. Черепные нервы: глазные щели и зрачки равны. Фотозрачковые реакции живые. Корнеальные рефлексы живые. Движения глаз в полном объеме, безболезненные. Нистагм отсутствует. Диплопию отрицает. Лицо симметричное. Девиации языка нет. Глоточный рефлекс сохранен, явлений дисфагии нет. Фонация не нарушена. Мягкое небо подвижно при фонации, uvula по средней линии. Чувствительных нарушений на лице нет. Сила жевательных мышц – 5 баллов. Симптомы орального автоматизма отрицательны. Тонус мышц правой ноги снижен. При ходьбе отмечается рекурвация коленных суставов, больше справа. Сила мышц правой ноги снижена до 4-х баллов. Глубокие рефлексы верхних и нижних

конечностей S = D, живые. При исследовании коленных рефлексов выявляется «застывающий» компонент (симптом Гордона). Патологических симптомов нет. При осмотре выявляется асимметричный хореический гиперкинез нижних конечностей, больше справа, уменьшающийся при отвлечении внимания, но сохраняющийся в покое и при перемещении. Движения быстрые, хаотичные, нерегулярные, различные по амплитуде. В проксимальных отделах ног выражен дрожательный компонент, усиливающийся в положении лежа, в дистальных отделах – дистонический, преобладающий при ходьбе. Походка подпрыгивающая, раскачивающаяся.

Координаторные пробы: ПНП выполняет уверенно, удовлетворительно, выполнение КПП затруднено ввиду наличия произвольных рывковых движений в проксимальных отделах нижних конечностей. В позе Ромберга пошатывается в результате произвольного сокращения мышц нижних конечностей, отклоняется назад. Гипестезия в зоне дерматома L5 справа. Менингеальных знаков нет. Функции тазовых органов контролирует.

Обследование. *Общий анализ крови:* лейкоциты – 13,13 ED – 10^9 /л; эритроциты – 3,2 ED – 10^{12} /л; гемоглобин – 9,7 ED – г/дл; гематокрит – 29,2 ED – %; тромбоциты – 292 ED – 10^9 /л.

Гемостаз (13.02.2018): АЧТВ – 25,3 ED – секунд; ПТВ – 13,7 ED – секунд; фибриноген – 3,6 ED – г/л; РФМК – 21 ED – мг%, антитромбин III – 85 ED %; МНО – 1,01. Церулоплазмин: 0,4 [min 0,15 – max 0,6].

Биохимия крови: Глюкоза венозная – 5,94 ED – ммоль/л. Общий билирубин – 6,3 ED – мкмоль/л; прямой билирубин – 3 ED – мкмоль/л; АСТ – 16 ED – Ед/л; АЛТ – 18 ED – Ед/л; Гамма-ГТ – 12 ED – Ед/л; щелочная фосфатаза – 47 ED – Ед/л; ЛДГ – 130 ED – Ед/л; амилаза – 55 ED – Ед/л; мочевины – 4,5 ED – ммоль/л; креатинин – 53,3 ED – мкмоль/л; глюкоза венозная – 4,52 ED – ммоль/л; СРБ – 0,87 ED – мг/л; ревмофактор – 4,5 ED – МЕд/мл; антистрептолизин-О – 63 ED – МЕд/мл.

Электролиты крови (15.02.2018): калий – 4,5 ED – ммоль/л; натрий – 138 ED – ммоль/л; хлор – 108 ED – ммоль/л.

Анализ мочи общий (14.02.2018): pH 6,0; лейкоциты – отриц. ED – кл./мкл; нитриты – отриц.; белок – отриц. ED – г/л; глюкоза – норма ED – ммоль/л; эритроциты – 25 ED – кл./мкл; лейкоциты – единичные ED – в п/зр.; Эритроциты – 3–5 ED – в п/зр.

Полученные результаты позволили исключить вторичные формы хореи, вызванные вирусными, бактериальными инфекциями, дизиммунными, метаболическими, лекарственными и токсическими воздействиями.

В рамках дифференциальной диагностики с болезнью Гентингтона, гепатолентикулярной дегенерацией (необходимо исключить морфологические изменения в подкорковых структурах), демиелинизирующим заболеванием центральной нервной системы, острым нарушением мозгового кровообращения, наличием новообразования спинного мозга (пирамидные расстройства в период диашиза, парезы, плегии периферического типа проявляются снижением мышечного тонуса) были проведены инструментальные исследования.

Магнитно-резонансная томография позвоночника (13.02.2018) № исследования 659. Томограф APERTO Lucent (НІТАСНІ) с индукцией магнитного поля – 0,4 Тл, толщина среза – 5 мм. Заключение: Остеохондроз шейного отдела позвоночника. Минимальная диффузная протрузия дисков С3-4, С5-6. На серии МР-томограмм, взвешенных по T1 и T2, а также выполненных с использованием STIR, получены изображения шейного отдела позвоночника и спинного мозга от уровня краниовертебрального перехода до уровня Th1 в трех взаимно перпендикулярных плоскостях в нативном виде. Костно-суставные взаимоотношения в шейном отделе не нарушены; лордоз в пределах физиологической нормы. Признаков объемно-деструктивного поражения не выявлено, форма позвонков не изменена. На исследованном уровне признаки остеохондроза, начальные проявления

артроза унковертебральных сочленений: субхондральные изменения по типу склероза и жировой дегенерации костного мозга с деформацией замыкательных пластин тел позвонков мелкими хрящевыми шморлевскими узлами, нерезкое снижение высоты дисков, в большей степени дисков С5–6 и С6–7, с дегенеративными изменениями хрящевой ткани, начальная гиперплазия суставных отростков с образованием экзостозов. Определяется минимальная диффузная протрузия дисков С3–4, С5–6 до 2 мм, несколько сглаживающая контур передней эпидуральной клетчатки. Передняя и задняя продольные связки, желтые связки четко визуализируются, обычной толщины и однородной структуры; признаков нарушения их целостности не выявлено. Конфигурация и размеры позвоночного канала и дурального мешка не изменены. Спинальный мозг визуализируется без особенностей; участков патологически измененного МР-сигнала, подозрительных на отек, объемное образование, очагов инфаркта и кровоизлияния в паренхиме мозга и оболочечных пространствах не выявлено. Дуральные воронки и нервные корешки имеют обычный ход, без видимых изменений. Патологических образований в паравертебральных мягких тканях не выявлено.

Магнитно-резонансная томография головного мозга (13.02.2018) № исследования 657. Томограф APERTO Lucent (НІТАСНІ) с индукцией магнитного поля – 0,4 Тл. Толщина среза – 8 мм. Заключение: МР-признаков очаговых изменений головного мозга и черепа не выявлено. На серии МР-томограмм, выполненных по T1 и T2, с использованием FLAIR и DWI в трех взаимно перпендикулярных плоскостях, получены изображения суб- и супратенториальных структур головного мозга от большого затылочного отверстия до крыши черепа в нативном виде. Срединные структуры без девиации. Желудочки не смещены, не деформированы, не расширены; боковые желудочки симметричны. Периваскулярные пространства не расширены. Участков патологически измененного МР-сигнала, подозрительных на отек, объемное образование, очагов инфаркта и кровоизлияния в парен-

химе мозга и оболочечных пространствах не выявлено. Признаков нарушения дифференцировки серого и белого вещества, в том числе структуры подкорковых образований не отмечается. Хиазмально-селлярная область – без видимых патологических изменений. Цистерны основания мозга и конвекситальные ликворные пространства прослеживаются, не деформированы, не расширены. Оболочки мозга визуализируются без особенностей. Расположение миндалин мозжечка соответствует возрасту. Дополнительных образований и жидкостных скоплений в воздухоносных полостях височных костей с обеих сторон, полости носа и придаточных пазухах не выявлено. Содержимое глазниц визуализируется без особенностей. Признаков остеолитического, пластического процессов, аномалий развития и/или травматических повреждений височных костей и костей лицевого черепа исследованного уровня не выявлено.

Эхокардиография с цветным картированием (14.02.2018): рост – 168 см, вес – 62 кг, площадь поверхности тела – 1,70 м². Визуализация затруднена – тахикардия. Левый желудочек: величина полости КДР – 42 мм, толщина стенок: задняя – 9 мм, МЖП – 10 мм. Площадь поверхности тела – 1,70 м². Масса миокарда – 127,21 г. Индекс массы миокарда – 74,83 г/м². Сократимость – не снижена. ФИ – более 55 %. Характер движения МЖП – нормальный. Непрерывность перегородочно-аортального соединения сохранена. Экскурсия стенок нормальная. Трикуспидальный клапан – б/о. Митральный клапан – б/о. Корень аорты – 28 мм. Аортальный клапан – створки не утолщены. Амплитуда раскрытия – нормальная. Полость левого предсердия – 34 мм. Д-ЭхоКГ: митральная + регургитация.

ЭКГ исследование в 12 отведениях (14.02.2018): P = 0,10 с, PQ = 0,16 с, QRS = 0,08 с, QT = 0,32 с. Синусовая тахикардия с ЧСС – 105 уд./мин. Нормальное положение электрической оси сердца (ЭОС).

УЗИ органов брюшной полости (14.02.2018). Заключение: очаговой патологии не выявлено.

Ультразвуковое исследование почек (14.02.2018). Заключение: очаговой патологии не выявлено.

Электронейромиография: скорость распространения возбуждения по моторным волокнам (14.02.2018). Заключение: поражение чувствительных волокон м/берцовых и б/берцовых нервов с обеих сторон, преимущественно по аксонально-демиелинизирующему типу. Признаки поражения чувствительных волокон локтевых нервов с обеих сторон $D > S$ по демиелинизирующему типу. Проводимость по двигательным волокнам м/берцовых, б/берцовых, срединных и локтевых нервов с обеих сторон – в пределах нормы.

Прием (осмотр, консультация) врача-гинеколога первичный (13.02.2018): Диагноз: беременность подтвержденная – 18–19 недель.

Консультация врача-офтальмолога (14.02.2018): жалобы: нет. Придаточный аппарат глаза не изменен. Движение глаз в полном объеме. Светопроводящие среды прозрачны. VIS OD = 1,0/OS = 1,0. Глазное дно: диск зрительного нерва (ДЗН) бледно-розовый, границы четкие. Артерии несколько сужены, вены обычного калибра. Ход сосудов обычный. Сетчатка без очагов. Физиологические рефлексы сохранены. Патологических световых рефлексов нет. Диагноз: OU Ангиопатия сетчатки I А ст.

Наличие у пациентки в анамнезе перенесенной ангины, возможной сенсibilизации к стрептококковым антигенам (аллергические реакции на пенициллин), характерных хореических гиперкинезов, отсутствие данных, подтверждающих другую причину развития подобного состояния, позволили в круге дифференциальной диагностики в первую очередь рассматривать возможность диагноза «хорея беременных». С учетом беременности выбор препаратов, которые могут быть назначены в данной ситуации, ограничен, Во избежание неблагоприятного (тератогенного) воздействия на плод было принято решение назначить магния сульфат 25 % 10,0 + натрия хлорид 0,9 % – 250,0 в/в – капельно один раз в сутки; глицин – 600

мг в сутки. На фоне проводимого лечения наблюдалась редукция симптоматики в течение 4–5 дней. Пациентка отмечала значительное улучшение состояния. В неврологическом статусе выраженная положительная динамика: хореический и дистонический гиперкинезы конечностей исчезли. Тонус мышц – в норме во всех группах. Сила рук и ног достаточная. Глубокие рефлексы верхних и нижних конечностей равны. Чувствительная сфера: предъявляет легкое субъективное ощущение снижения болевой чувствительности в зоне дерматома L5 до 3–5 пальцев правой стопы. Стато-локомоторных нарушений не выявлено.

Пациентка выписана с рекомендациями по амбулаторному лечению под динамическое наблюдение невролога, акушера-гинеколога по месту жительства.

Катамнез через 5 месяцев (ранний послеродовой период) – рецидива гиперкинеза не отмечено. Жалоб нет. В неврологическом статусе без очаговой симптоматики.

Обсуждение. Представленный клинический случай интересен возможностью проведения параллели между приемом оральных контрацептивов в течение длительного времени и развитием своеобразной клинической симптоматики, характерной для хореи беременных.

Хорея (греч. *choreia* – пляска) характеризуется произвольными быстрыми беспорядочными, отрывистыми, нерегулярными движениями, различными по амплитуде и интенсивности – от сходных с нормальными жестами и мимическими движениями до непрерывных резких, энергичных размахов, а также вокализациями. В гиперкинезе могут участвовать мышцы лица, глотки, гортани, туловища, конечностей. В отличие от других гиперкинезов для хореи характерным является вовлечение мышц лица, мышечная гипотония и невозможность длительного произвольного удержания определенной позы. Иногда пациенты не замечают имеющийся гиперкинез.

Среди первичных наследственных форм хорей выделяют хорей Гентингтона и наследственную непрогрессирующую хорей с ранним началом (эссенциальная хорей). Кроме того, хореический компонент присутствует при гепатоцеребральной дегенерации, болезни Ниманна – Пика, тип С и др.

Болезнь Гентингтона (БГ) – наследственное дегенеративное заболевание центральной нервной системы (ЦНС), проявляющееся прогрессирующей хореей, другими экстрапирамидными синдромами, психическими расстройствами (постепенно нарастающая деменция). Следует обращать внимание на положительный семейный анамнез. При проведении инструментального обследования выявляется выраженная атрофия головок хвостатых ядер с характерным расширением передних рогов боковых желудочков.

Доброкачественная наследственная хорей начинается в детском возрасте, проявляется генерализованным хореическим гиперкинезом, больше выраженным в голове и туловище, иногда сочетающимся с атаксией, дизартрией, постуральным тремором, пирамидными знаками. В пользу этого диагноза свидетельствуют положительный семейный анамнез, стационарное течение, отсутствие интеллектуальных нарушений.

Малая хорей (МХ) или хорей Сиденгама – заболевание, возникающее в детском и раннем юношеском возрасте (чаще в 5–15 лет), основным проявлением которого является хореический гиперкинез, начинающийся остро или подостро, затем спонтанно регрессирующий. Многочисленные исследования, демонстрирующие связь малой хорей с перенесенной стрептококковой инфекцией, острой ревматической лихорадкой, ревмокардитом, позволили установить, что она является одной из клинических форм ревматизма. У значительной части больных МХ на момент заболевания не удается выявить признаки стрептококковой инфекции или других проявлений ревматизма (т. е. «чистая», или «простая» хорей), что значительно

затрудняет диагностику. Подобный случай был описан Ghike S. с соавторами [6]. По литературным данным анамнестические указания на перенесенную хорею Сиденгама встречаются лишь в 10 % случаев хорей, ассоциированной с беременностью [7].

Гепатоцеребральная дегенерация (болезнь Вильсона – Коновалова) – хроническое прогрессирующее заболевание, наследуемое по аутосомно-рецессивному типу. Болезнь обусловлена нарушением обмена меди и белка и характеризуется сочетанным поражением печени, центральной нервной системы, почек и глаз. Основными диагностическими критериями служат клинические признаки поражения печени, нервной системы, обнаружение кольца Кайзера – Флейшера, снижение церулоплазмينا в сыворотке крови (менее 0,2 г/л), увеличение экскреции меди с мочой (более 100 мкг в сутки). По результатам КТ выявлена умеренная диффузная атрофия головного мозга, МРТ – повышение интенсивности сигнала в T2-режиме от базальных ганглиев, таламуса, ствола и белого вещества полушарий. Патология нервной системы характеризуется нарушением психики и экстрапирамидными расстройствами в виде мышечной ригидности, гиперкинезов. Сочетание болезни Вильсона – Коновалова и беременности является редкостью, так как у таких больных часто наблюдаются нарушение менструальной функции и бесплодие. Если беременность наступает, то женщины, как правило, переносят ее удовлетворительно. Это связано с тем, что плод забирает часть меди у матери и, возможно, с повышением уровня церулоплазмينا во время беременности.

Состояния гиперкоагуляции. Антифосфолипидный синдром является наиболее часто встречающейся формой гиперкоагуляционного синдрома. Антифосфолипидный синдром – комплекс расстройств, связанных с продукцией и циркуляцией в крови антифосфолипидных антител (АФА). Антифосфолипидный синдром подразделяют на первичный (идиопатический) и вторичный, возникающий при СКВ, других заболеваниях соединитель-

ной ткани, васкулитах, злокачественных новообразованиях. Первичный антифосфолипидный синдром чаще проявляется у молодых женщин (обычно в возрасте до 50 лет). Некоторые антифосфолипидные антитела являются антинейрональными и могут вызывать неврологическую дисфункцию, взаимодействуя с антигенами нервной ткани. Именно продукция антинейрональных антител, вероятно, лежит в основе хореи и эпилептических припадков. Однако некоторые случаи хореи могут быть вызваны и ишемией базальных ганглиев в связи с тромбозом мозговых артерий. Как и при малой хореи, ПЭТ с [18Р]-флуородезоксиглюкозой у больных с гемихореей, вызванной антифосфолипидным синдромом, выявляет гиперметаболизм в области контралатерального хвостатого ядра, регрессирующий после обратного развития хореи. Хорея при антифосфолипидном синдроме развивается остро или подостро и клинически мало отличается от ревматической хореи. Гиперкинез может быть односторонним (гемихорея) или генерализованным. Регресс хореического гиперкинеза в большинстве случаев происходит в течение 3–6 месяцев. Как и в случае малой хореи, у больных с антифосфолипидным синдромом возможны рецидивы хореи на фоне беременности и приема оральных контрацептивов.

Болезнь Ниманна – Пика, тип С – редкое прогрессирующее нейродегенеративное заболевание с гепатоспленомегалией, относящееся к классу лизосомных болезней накопления, вызванное нарушением регуляции внутриклеточной транспортировки липидов. Для возрастной группы нашей пациентки характерны были бы следующие проявления (по частоте встречаемости): 1) неврологические – вертикальный паралич взора, прогрессирующие мозжечковые расстройства (атаксия, дизартрия, дисфагия), экстрапирамидные нарушения (гиперкинезы, мышечные дистонии), утрата ранее приобретенных навыков, когнитивные нарушения, эпилептические приступы; 2) психиатрические симптомы – психозы, депрессии, шизофре-

ноподобные состояния; 3) соматические – спленомегалия / гепатоспленомегалия. Диагностика данной патологии при дебюте заболевания.

Выделение в отдельную форму хорей, вызванной оральными контрацептивами, свидетельствует о непосредственной связи между приемом подобных препаратов и возможностью развития на этом фоне хореического гиперкинеза. Обычно возникает в первые три месяца после начала приема препарата. Гиперкинез развивается подостро, может быть асимметричным или односторонним и регрессирует при отмене гормональных средств [1]. В качестве гормонального перорального противозачаточного средства нашей пациенткой был выбран препарат Три-регол. В препарате гестагенный компонент представлен левоноргестрелом, эстрогенный – этинилэстрадиолом.

Развитие хорей в период беременности связывают с воздействием эстрогенов на дофаминергические структуры головного мозга. Сложное влияние эстрогена на дофаминергические системы недостаточно изучено. В ряде исследований на животных отмечено после овариэктомии эстроген-индуцированное снижение уровня дофамина, возможно, за счет активизации действий его транспортера [2]. О возможности влияния Три-регола на дофаминергические структуры головного мозга отмечено в инструкции по применению препарата, где указано на осторожность применения при наличии в анамнезе эпизодов малой хорей.

Хорея беременных представляет собой своеобразные рецидивы МХ, связанные с увеличением содержания эстрогенов, сенсibiliзирующих измененные дофаминовые рецепторы в базальных ганглиях. Хорея беременных чаще возникает у первородящих, которые в детстве перенесли МХ или страдали ревматизмом. Симптомы обычно появляются в I триместре беременности и в среднем прослеживаются 1–2 мес [6]. Иногда хорея сохраняется в течение всей беременности, но регрессирует после родов. При последующих беременностях хорея обычно не рецидивирует. В выражен-

ных случаях может потребоваться назначение малых доз галоперидола или бензодиазепинов. В этом случае также желательно не назначать препараты в первом триместре, когда особенно велик риск тератогенного воздействия. Прерывание беременности требуется в исключительно редких случаях [3]. Женщинам, перенесшим хорею при первой беременности, в течение нескольких лет противопоказана повторная беременность [4].

Описан редкий случай появления клиники хорей у арабской женщины во время четырех беременностей, завершившихся в срок, и отсутствия клиники гиперкинеза при беременностях, завершившихся спонтанным абортom [8].

При прочих обстоятельствах хорея при беременности может быть одним из симптомов более грозного заболевания. В частности, описан случай острого развития хореического гемигиперкинеза у беременной 24-летней женщины в сроке 8 недель за неделю до появления фокальных эпилептических приступов в тех же конечностях с последующим развитием клиники инсульта, подтвержденного на МРТ [5].

Заключение

Таким образом, клиническая картина хореического гиперкинеза, наличие в анамнезе упоминания о перенесенной ангине, продолжительный прием препарата из группы оральных контрацептивов свидетельствуют в пользу хорей беременных. Известно, что глицин обладает глицин- и ГАМК-ергическими, альфа1-адреноблокирующими свойствами, регулирует деятельность глутаматных (NMDA) рецепторов, нормализует и активирует процессы защитного торможения в центральной нервной системе (совместно с таурином и ГАМК выступает в качестве ингибирующего нейротрансмиттера). Поэтому положительный ответ на лечение глицином также можно рассматривать как подтверждение установленного диагноза. Отсутствие патологии на МРТ головного мозга и шейного отдела позво-

ночника исключает демиелинизирующее поражение ЦНС, острое нарушение мозгового кровообращения, объемное новообразование, гепатолентикулярную дегенерацию, болезнь Гентингтона. Отсутствие значимых изменений в общем анализе крови, нормальные значения уровня ревматоидного фактора, антистрептолизина-О, фибриногена позволили исключить аутоимунную причину хорей. Краткосрочный катамнез на данном этапе не подтвердил прогрессирование заболевания. Тем не менее, данный клинический случай требует дальнейшего динамического наблюдения.

Список литературы

1. Яхно Н. Н. Болезни нервной системы [В 2 т.]. – М.: Медицина, 2007. Т. 2.
2. Hayes E., Gavrilidis E., Kulkarni J. The Role of Oestrogen and Other Hormones in the Pathophysiology and Treatment of Schizophrenia // *Schizophrenia Research and Treatment*. – 2012; 2012:540273.
3. Большая медицинская энциклопедия / под ред. академика АН СССР (РАН) и АМН СССР (РАМН) Б. В. Петровского, Н. Б. Маньковского, М. Б. Цукера, В.А. Моргунова. – М.: Советская энциклопедия, 1989.
4. Qasim A. An unusual case of chorea gravidarum // *Postgrad. Med.* J2000; 76:373–375.
5. Ghike S., Gavande M., Jain Sh. A rare case of Chorea gravidarum // *JSAFOG*. May-August-2010; 2(2):145–146.
6. Pathania M., Upadhyaya S., Lal B. S., Sharma A. Chorea gravidarum: a rarity in West still haunts pregnant women in the East // *BMJ. Case. Rep.* 2013.