



*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования «Донецкий государственный медицинский  
университет имени М. Горького»  
Министерства Здравоохранения Российской Федерации*

*Донецкий республиканский центр охраны материнства и детства МЗ ДНР*

# **ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЮНЫХ С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ**

*Верешко Е.В.*

*д.мед.н., проф. Чермных С.В.*

## Дисплазия соединительной ткани



(ранее недифференцированная дисплазия соединительной ткани)  
**ДСТ** – это не единая нозологическая единица, а группа состояний, при которой набор клинических признаков не укладывается ни в одно из наследственных моногенных заболеваний.

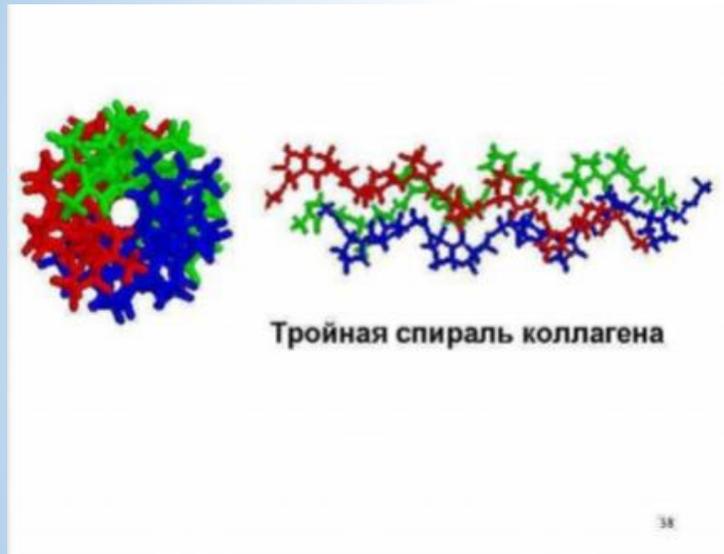
**В зависимости от особенностей этиологического фактора в настоящее время выделяют:**

- **наследственные нарушения соединительной ткани (ННСТ)**  
**(дифференцированные или моногенные заболевания)**
- **дисплазии соединительной ткани (недифференцированные формы)**



**Дисплазии соединительной ткани (ДСТ)** – это генетически детерминированные состояния, характеризующиеся дефектами волокнистых структур и основного вещества соединительной ткани, приводящие к нарушению формирования органов и систем, имеющие прогрессирующее течение, определяющие особенности ассоциированной патологии, а также фармакокинетики и фармакодинамики лекарственных средств

**В основе развития ННСТ и ДСТ лежат мутации генов, ответственных за синтез/катаболизм структурных белков соединительной ткани или ферментов, участвующих в этих процессах, количественное изменение образования полноценных компонентов экстрацеллюлярного матрикса, нарушения фибриллогенеза.**



**Коллагены – одни из наиболее обильных белков во внеклеточной матрице и в соединительной ткани, придающие ей прочность и долговечность**



**Наиважнейший компонент внеклеточной матрицы – гелеобразная среда, формируемая протеогликанами**

# АКТУАЛЬНОСТЬ

ДСТ сопровождается различными отклонениями в физическом развитии

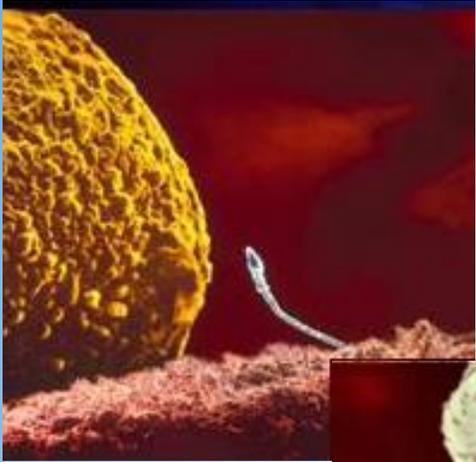
Клинические проявления ДСТ настолько разнообразны, что врач нередко затрудняется интегрировать множество отдельных симптомов и не может увидеть за ними единую системную патологию

Нередко такие пациенты наблюдаются у специалистов разного профиля, каждый из которых назначает свое лечение, которое во многих случаях оказывается несвоевременным и малоэффективным

**Назрела явная необходимость выработки междисциплинарного подхода к решению данной проблемы**

# ДСТ

- ❖ Риск внематочной беременности
- ❖ Риск низкой плацентации
- ❖ Первичная плацентарная недостаточность



# ДСТ

- ❖ НЕВЫНАШИВАНИЕ  
БЕРЕМЕННОСТИ
- ❖ ХрФПН и СЗРП
- ❖ ИЦН
- ❖ СИМФИЗИОПАТИИ
- ❖ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫЕ  
ЗАБОЛЕВАНИЯ



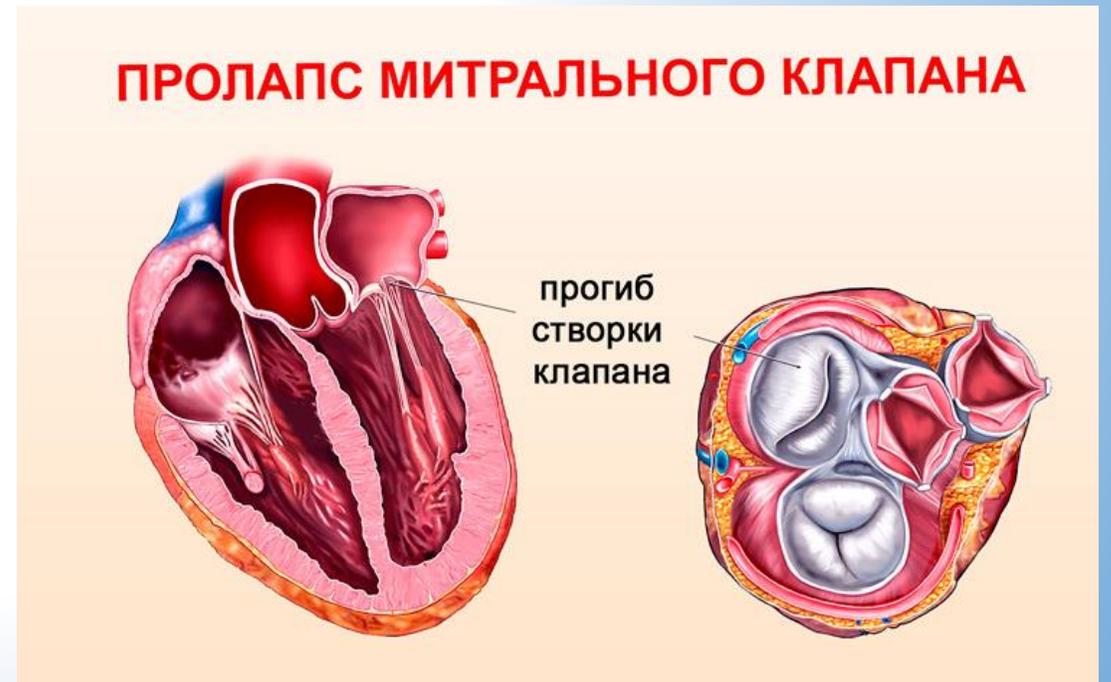
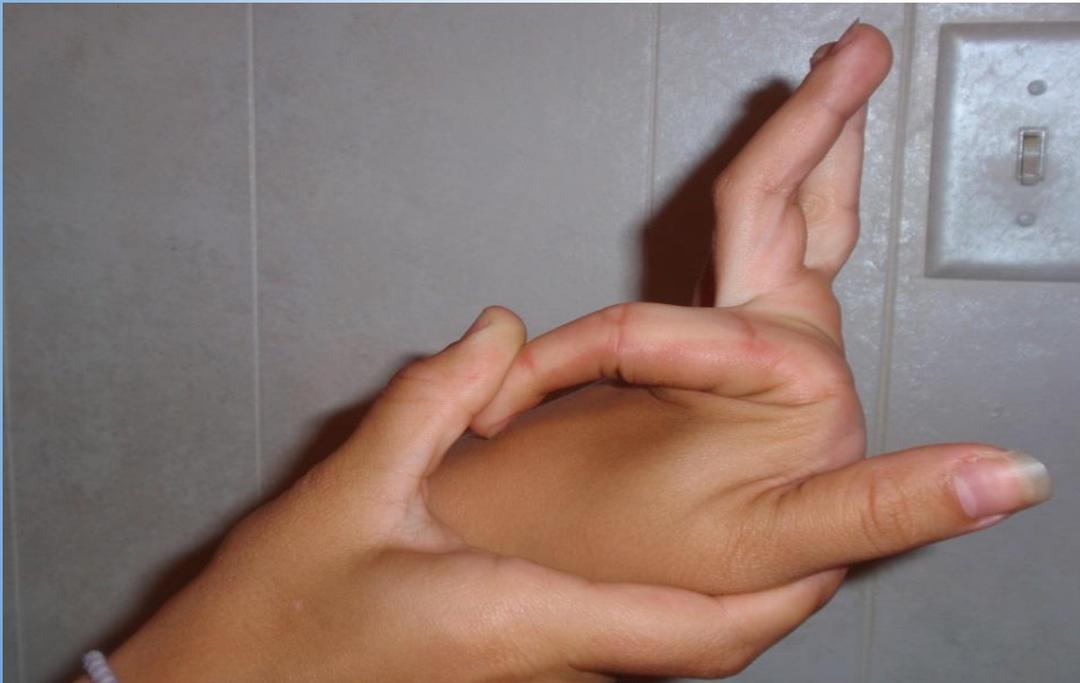
# ДСТ

- ❖ ПРПО
- ❖ СЛАБОСТЬ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
- ❖ СТРЕМИТЕЛЬНЫЕ РОДЫ
- ❖ КРОВОТЕЧЕНИЯ В 3 И РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ
- ❖ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ
- ❖ АКУШЕРСКИЙ ТРАВМАТИЗМ



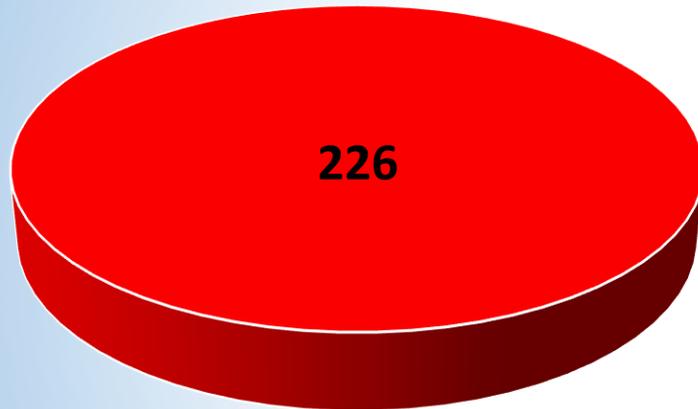
# Цель исследования

выявить особенности течения периода гестации и родов у юных беременных с клиническими проявлениями дисплазии соединительной ткани (ДСТ).



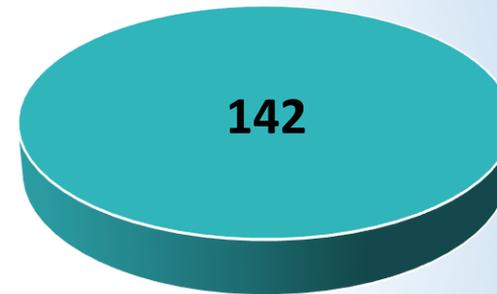
# Материалы и методы

группа Д



■ ДСТ

группа К



■ Без признаков ДСТ

Проведена сравнительная оценка особенностей течения беременности и родов на основе ретроспективного анализа медицинской документации юных беременных, которые в 2010–2020 гг. наблюдались и были родоразрешены в Донецком Республиканском Центре Охраны Материнства и Детства.

# АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ ДСТ

- ✓ **Исключение ННСТ**
- ✓ **Клинико-инструментальное обследование**

**Выявление  $\geq 6$  малых внешних (1-й этап) и/или висцеральных проявлений системного вовлечения СТ с вовлечением  $\geq 3$  различных органов из разных систем (2-й этап)**

## Критерии включения:

- возраст беременных до 18 лет (общие)
- наличие у юных беременных не менее пяти признаков внешних и висцеральных фенотипических проявлений ДСТ (для группы Д)

## Критерии исключения (общие):

- хромосомные и генные аномалии
- нейроэндокринные синдромы
- антифосфолипидный синдром
- острые инфекционные заболевания (в т.ч. ВИЧ, гепатиты, сифилис)
- декомпенсированная экстрагенитальная патология.



## Признаки внешних и висцеральных фенотипических проявлений ДСТ

<p><b>Малые признаки</b></p> <p>Значимость 1 балл</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Астенический тип телосложения или недостаточная масса тела</li> <li>– Отсутствие стрий на коже передней брюшной стенки у женщин, имевших в анамнезе роды</li> <li>– Нарушение рефракции в возрасте до 40 лет</li> <li>– Мышечная гипотония и низкие показатели манометрии</li> <li>– Уплотнение свода стопы</li> <li>– Склонность к легкому образованию кровоподтеков, повышенная кровоточивость тканей</li> <li>– Кровотечения в послеродовой период</li> <li>– Вегетососудистые дисфункции</li> <li>– Нарушение сердечного ритма и проводимости (ЭКГ)</li> </ul>
<p><b>Большие признаки</b></p> <p>Значимость 2 балла</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Сколиоз, кифоз, кифосколиоз</li> <li>– Плоскостопие 2–3-й степени</li> <li>– Эластоз кожи</li> <li>– Гиперподвижность суставов, склонность к вывиху, растяжение связочного аппарата суставов</li> <li>– Склонность к аллергическим реакциям и респираторным заболеваниям</li> <li>– Тонзилэктомия</li> <li>– Варикозная болезнь, геморрой</li> <li>– Дискинезия желчевыводящих путей</li> <li>– Нарушение эвакуаторной функции пищеварительного тракта</li> <li>– Угроза преждевременных родов в сроке 32–35 недель беременности, преждевременные роды</li> <li>– Быстрые и стремительные роды в анамнезе с гипотоническим кровотечением в 3-м периоде родов или без него</li> <li>– Пролапс половых органов и грыжи у родственников первой линии</li> </ul>
<p><b>Тяжелые проявления и состояния, приводящие к хирургическим вмешательствам или имеющие показания к ним, а также анатомические изменения, повлекшие нарушение функции органов (3 балла)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Грыжи</li> <li>– Спланхноптоз</li> <li>– Варикозная болезнь, геморрой (оперативное лечение)</li> <li>– Хроническая венозная недостаточность с трофическими нарушениями</li> <li>– Привычные вывихи суставов или вывихи более двух суставов</li> <li>– Нарушения моторной функции пищеварительного тракта, подтвержденные рентгенологическими методами исследования</li> <li>– Дивертикулы</li> <li>– Поливалентная аллергия, тяжелые анафилактические реакции</li> </ul>

**Сумма баллов:**

- ❖ **до 9 баллов – лёгкая степень тяжести (маловыраженная)**
- ❖ **10 – 16 баллов – средняя степень тяжести (умеренно выраженная)**
- ❖ **17 баллов и более – тяжёлая степень (выраженная)**

**Таблица. Модифицированная балльная оценка нДСТ**

Признаки	Баллы
Астигматизм	1
Варикозное расширение вен матки	3
Варикозное расширение вен нижних конечностей	3
Варикозное расширение сосудов малого таза	3
Гиперэластичная кожа	3
Дискинезия желчевыводящих путей	2
Кариес зубов	2
Келоидные рубцы	2
Ломкие волосы	2
Ломкие ногти	2
Миопия различной степени тяжести	2–6
Мягкие ногти	2
Мягкие уши	2
Нарушение прикуса	2
Отслойка сетчатки	6
Плоскостопие	3
Пролапс митрального клапана	1–6
Сколиоз	3–6
Тонкие волосы	2
Хронический гастродуоденит	3
Хронический эзофагит, колит	3
Ювенильный остеохондроз	3
Эктопия шейки матки	1
Две и более неразвивающиеся беременности	2
Преждевременные роды в анамнезе	1
Угроза прерывания беременности в анамнезе	1
Ранний токсикоз в течение настоящей беременности	1
Угроза прерывания в I триместре настоящей беременности	1

**□ Средний возраст юных беременных в исследуемых группах не имел статистически значимых различий и составил  $16,24 \pm 1,62$  года в группе Д,  $16,42 \pm 1,32$  года – в группе К ( $p > 0,05$ ).**

**Акушерские осложнения во время беременности имели место у 284 (77,2 %) юных беременных: у 202 (89,38 %) пациенток группы Д и 82 (57,75 %) – группы К (p < 0,05)**

**Был изучен спектр и частота различных патологических состояний гестационного периода, а также характер и исход родов у несовершеннолетних беременных с признаками ДСТ и без них.**

Показатель	Группа Д (n = 226)		Группа К (n = 142)	
	абс.	%	абс.	%
Ранний токсикоз	164	72,57*	56	39,44
Угроза самопроизвольного аборта	119	52,65*	36	25,35
Угроза преждевременных родов	149	65,93*	42	29,58
Преэклампсия	72	31,86*	21	14,79
Плацентарные нарушения	132	58,41*	46	32,39
Признаки внутриутробной гипоксии плода при беременности	112	49,56*	38	26,76
Синдром задержки роста плода	67	29,65*	21	14,79
Гестационный пиелонефрит	24	10,62	13	9,15
Анемия беременных	167	73,89*	79	55,63

**Особенности гестационного периода у юных беременных сравниваемых групп**

– достоверно значимое отличие при p < 0,05.

При том, что в подавляющем большинстве случаев у юных беременных произошли срочные роды (78,32 % и 87,32 %,  $p < 0,05$ ), в группе пациенток с ДСТ беременность закончилась раньше срока в 1,7 раза чаще по сравнению с группой К (21,68 % и 12,68 %,  $p < 0,05$ )

Кровопотеря в родах у пациенток группы Д была достоверно выше, чем в группе К, и составила соответственно  $260,5 \pm 8,7$  мл и  $220,0 \pm 6,9$  мл ( $p < 0,05$ )

Показатель	Группа Д (n = 226)		Группа К (n = 142)	
	абс.	%	абс.	%
Роды в срок	177	78,32*	124	87,32
Роды преждевременные	49	21,68*	18	12,68
Роды нормальные	129	57,08*	118	83,10
Роды осложненные	97	42,92*	24	16,90
Кесарево сечение	85	37,61*	24	16,90
Нарушения родовой деятельности	99	43,81*	35	24,65
Преждевременный разрыв плодных оболочек	96	42,48*	28	19,72
Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты	14	6,19	4	2,82
Ручная ревизия полости матки	12	5,31*	0	0,00
Дистресс плода	37	16,37*	8	5,63
Преэклампсия тяжелой степени	25	11,06*	6	4,23
Анемия в послеродовом периоде	136	60,18*	46	32,39
Нарушения лактации	53	23,45*	19	13,38

**Особенности течения родов и послеродового периода у юных беременных сравниваемых групп**

– достоверно значимое отличие при  $p < 0,05$ .

# Результаты

❖ Акушерские осложнения имели место у большинства несовершеннолетних беременных (77,2 %), причем у девочек с наличием ДСТ они встречались значительно чаще (89,38 % по сравнению с 57,75 %), чем в группе сравнения без ДСТ: угроза прерывания беременности и преэклампсия – в 2,2 раза; ранний токсикоз и плацентарные нарушения – в 1,8 раза; внутриутробная гипоксия и синдром задержки роста плода – соответственно в 1,9 и 2,0 раза;

❖ анемия беременных – в 1,3 раза; преждевременные роды – в 1,7 раза; осложненные роды – в 2,5 раза; абдоминальное родоразрешение – в 2,2 раза; дистресс плода – в 2,9 раза; преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты – в 2,2 раза; аномалии родовой деятельности и нарушения лактации – в 1,8 раза ( $p < 0,05$ ).



# Выводы

- Юные беременные с ДСТ составляют группу риска по развитию акушерских осложнений и нуждаются в тщательном динамическом мониторинге с ранних сроков беременности.
- Негативные проявления ДСТ у несовершеннолетних, влияние данной патологии на состояние здоровья в целом и на течение беременности, родов, послеродового периода диктуют необходимость особого подхода к этой категории пациенток, а также разработки алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий с учетом возрастных особенностей будущих мам и наличия у них сопутствующих заболеваний.

**Благодарим за  
внимание!**

