



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Донецкий государственный медицинский
университет имени М. Горького»

Министерства здравоохранения Российской Федерации
кафедра акушерства, гинекологии, перинатологии, детской и подростковой
гинекологии факультета непрерывного медицинского
и фармацевтического образования

ГБУ ДНР Донецкий республиканский перинатальный центр им.проф.В.К.Чайки

ДИСПЛАЗИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ АКУШЕРСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ЮНЫХ

Верешко Е.В., врач акушер-гинеколог
ГБУ ДНР "ДРПЦ ИМ. ПРОФ. В.К. ЧАЙКИ"

Чермных С.В., д.м.н., профессор



ДСТ – это не единая нозологическая единица, а группа состояний, при которой набор клинических признаков не укладывается ни в одно из наследственных моногенных заболеваний

ранее – недифференцированная дисплазия соединительной ткани (НДСТ)

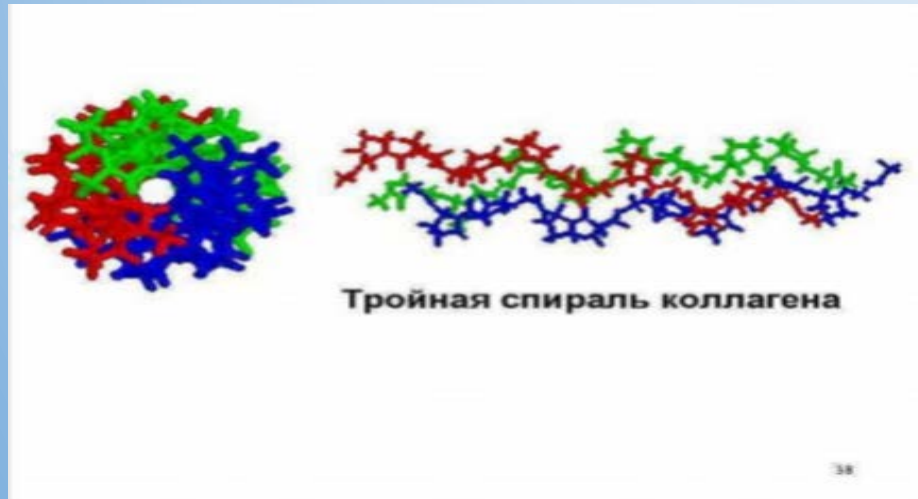
В зависимости от особенностей этиологического фактора в настоящее время выделяют:

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

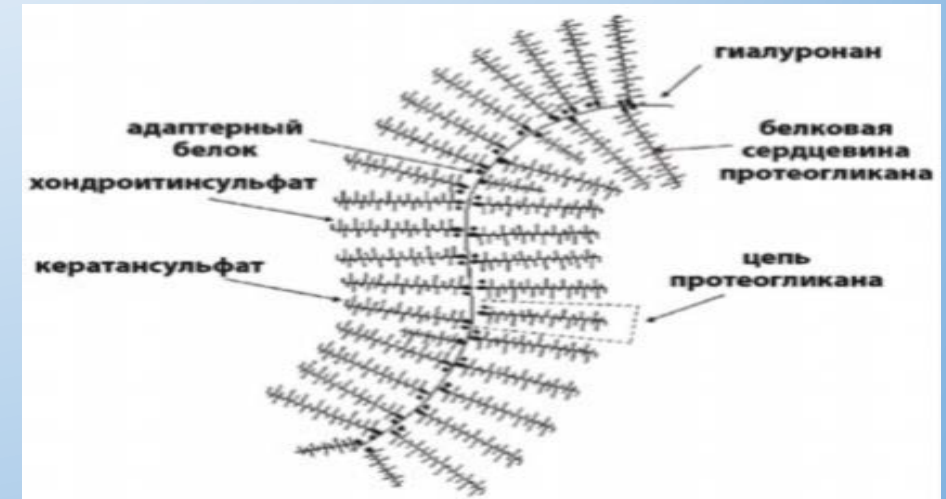
Дисплазии соединительной ткани (ДСТ)

это генетически детерминированные состояния, характеризующиеся дефектами волокнистых структур и основного вещества соединительной ткани, приводящими к нарушению формирования органов и систем, имеющие прогредиентное течение, определяющее 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, придающих 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 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: риски



- Внематочная беременность
- Нарушения плацентации
- Плацентарная недостаточность, СЗРП
- Невынашивание беременности
- ИЦН
- Симфизиопатии
- Экстрагенитальные заболевания
- ПРПО
- Слабость родовой деятельности
- Стремительные роды
- Кровотечения
- Преждевременные роды
- Акушерский травматизм

Цель исследования

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

Материалы и методы

- Проведена сравнительная оценка особенностей течения беременности и родов на основе ретроспективного анализа медицинской документации юных беременных, которые наблюдались и были родоразрешены в ГБУ ДНР "ДРПЦ ИМ. ПРОФ. В.К. ЧАЙКИ"
- Проанализировано 368 историй родов несовершеннолетних беременных: группа Д – 226 пациенток с признаками ДСТ
группа К – 142 пациентки без признаков ДСТ

Алгоритм диагностики ДСТ

- Исключение ННСТ
- Клинико-инструментальное обследование

Выявление ≥ 6 малых внешних (1-й этап)

и/или висцеральных проявлений системного вовлечения СТ с вовлечением ≥ 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)

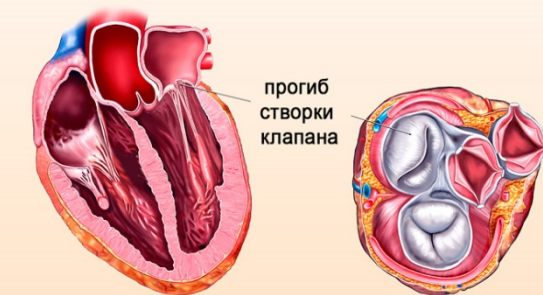
Критерии исключения (общие):

- хромосомные и генные аномалии
- нейроэндокринные синдромы
- антифосфолипидный синдром
- острые инфекционные заболевания
- декомпенсированная экстрагенитальная патология.

Признаки внешних и висцеральных фенотипических проявлений ДСТ

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

ПРОЛАПС МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА



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 ± 1,62 года в группе Д,

16,42 ± 1,32 года – в группе К ($p > 0,05$)

Гестационные осложнения

- Угроза выкидыша и угроза преждевременных родов имели место соответственно у 25,35 % и 29,58 % беременных группы К, тогда как в группе Д таких случаев было соответственно 52,65 % и 65,93 % ($p < 0,05$)
- Ранний токсикоз встречался у 72,57% беременных с ДСТ, у 39,44 % беременных без признаков ДСТ ($p < 0,05$)
- Течение беременности осложнилось преэклампсией у 14,79 % пациенток группы К и 31,86 % - группы Д ($p < 0,05$)
- Плацентарные нарушения развились у 58,41 % беременных группы Д и у 32,39 % - группы К
- Внутриутробная гипоксия и синдром задержки роста плода зарегистрированы соответственно группам в 49,56 % и 29,65 %; 26,76 % и 14,79 % случаев ($p < 0,05$)
- Анемия беременных в группе Д была выявлена у 73,89 % девочек, в группе К – у 55,63 % ($p < 0,05$)

Течение родов

- Срочные роды составили соответственно в группах Д и К – 78,32 % и 87,32 % ($p < 0,05$)
- В группе Д беременность закончилась раньше срока в 21,68 %, в группе К – в 12,68 % случаев ($p < 0,05$)
- Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты случилась у 6,19 % и 2,82 % пациенток соответственно ($p > 0,05$)
- Преэклампсия тяжелой степени развивалась соответственно у 11,06 % и 4,23 % пациенток ($p < 0,05$)
- Аномалии родовой деятельности встречались соответственно в 43,81 % и 24,65 % случаев ($p < 0,05$)
- Преждевременный разрыв плодных оболочек происходил в группе Д у 42,48 %, в группе К – у 19,72 % беременных ($p < 0,05$)
- У пациенток с признаками ДСТ осложненные роды были в 42,92 %, без признаков ДСТ – в 16,90 % случаев ($p < 0,05$)
- Путем операции кесарево сечение было родоразрешено соответственно по группам 37,61 % и 16,90 % беременных ($p < 0,05$)
- Дистресс плода был зарегистрирован у 16,37 % беременных группы Д, 5,63 % – группы К ($p < 0,05$)

Послеродовые осложнения

- Операция ручной ревизии полости матки в связи с гипотоническим маточным кровотечением, задержкой частей последа была произведена 12 (5,31 %) роженицам группы Д
- 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 ($p < 0,05$)
- Анемия в послеродовом периоде имела место у 60,18% девочек группы Д, 32,39 % – группы К ($p < 0,05$)
- Нарушения лактации развивались у 23,45% рожениц группы Д и у 13,38 % – группы К ($p < 0,05$)

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, анемия в послеродовом периоде – в 1,9 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!**

