

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

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЮНЫХ С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Верешко Е.В.

д.м.н., профессор Чермных С.В.

д.м.н., профессор Говоруха И.Т.

д.м.н., профессор Долгошапка О.Н.

Дисплазия соединительной ткани



Дисплазия соединительной ткани
(ДСТ, а ранее – недифференцированная
дисплазия соединительной ткани –
НДСТ)

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

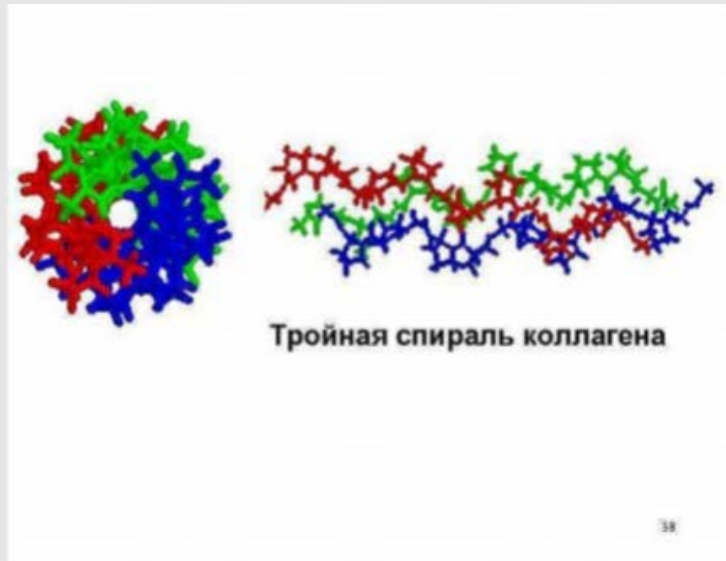
**В зависимости от особенностей
этиологического фактора в настоящее время
выделяют:**

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

Дисплазии соединительной ткани –

это генетически детерминированные состояния, характеризующиеся дефектами волокнистых структур и основного вещества соединительной ткани, приводящие к нарушению формообразования 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



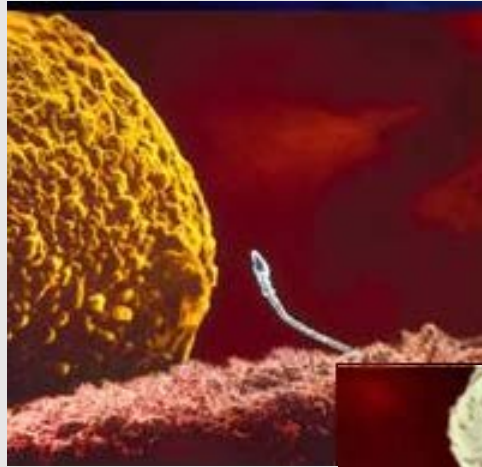
Назрела необходимость выработки междисциплинарного подхода к решению данной проблемы

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ ПОДРОСТКОВОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Страна	Частота родов	Частота аборт	Объединенная
США	55,6	30,2	85,8
Новая Зеландия	33,4	22,5	55,9
Великобритани	29,6	21,3	50,9
Канада	22,3	22,1	44,4
Германия	13,0	5,3	18,3
Исландия	21,5	20,6	42,1
Австралия	20,1	23,9	44
Франция	9,4	13,2	22,6
Испания	7,5	4,9	12,4
Греция	12,2	1,3	13,5
Дания	8,2	15,4	23,6

Риски при ДСТ

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

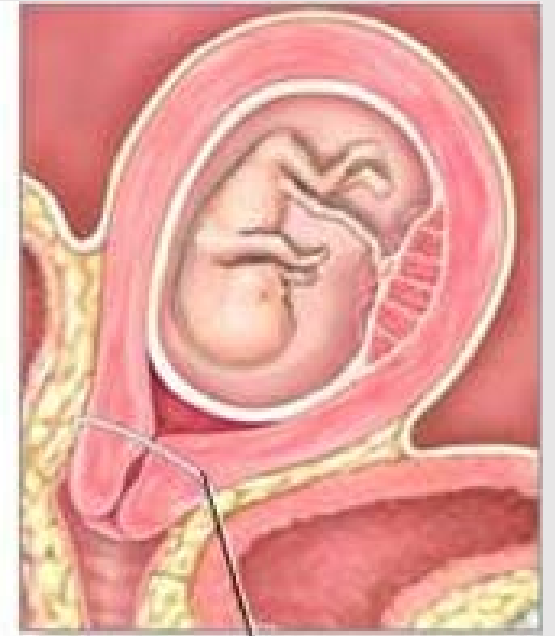


Риски при ДСТ

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



Приоткрытая шейка матки



Круговое ушивание

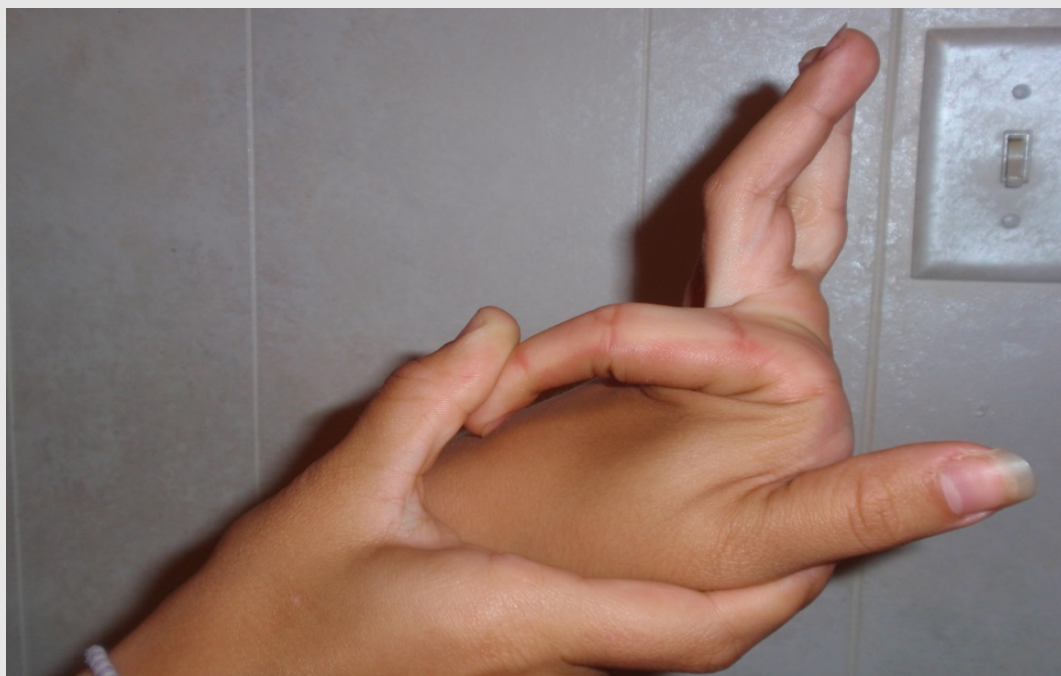
Риски при ДСТ



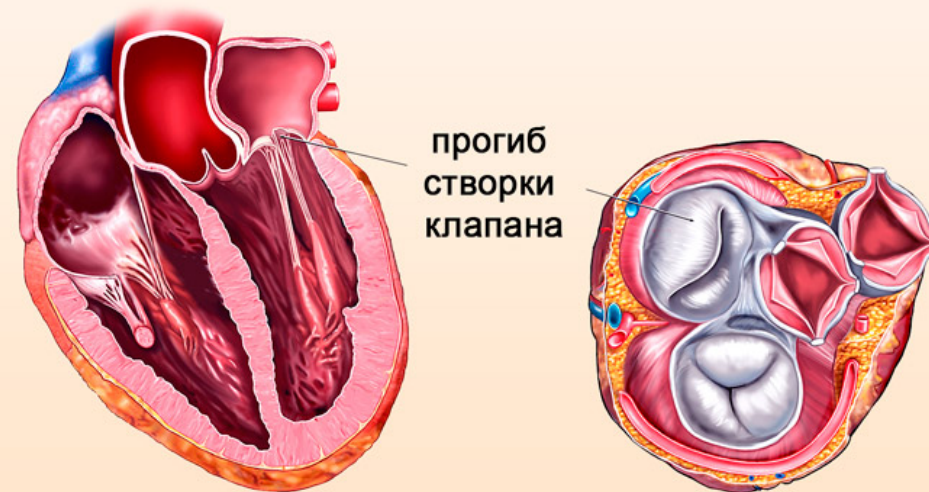
- ПРПО
- СЛАБОСТЬ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
- СТРЕМИТЕЛЬНЫЕ РОДЫ
- КРОВОТЕЧЕНИЯ В III РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ
- ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ
- АКУШЕРСКИЙ ТРАВМАТИЗМ

Цель исследования

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



ПРОЛАПС МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА



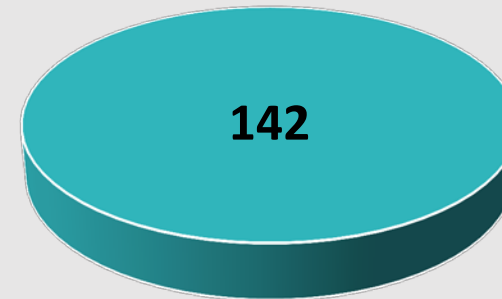
Материалы и методы

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 ≥ 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

- 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>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

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

Результаты

- 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 $p < 0,05$.

В подавляющем большинстве случаев у юных беременных произошли срочные роды (78,32 % и 87,32 %, $p < 0,05$), при этом 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 несколько 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 $p < 0,05$.

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!**

