



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

ГБУ ДНР Донецкий Республиканский Перинатальный Центр им.проф.В.К.Чайки

Акушерские осложнения и дисплазия соединительной ткани у юных

*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.

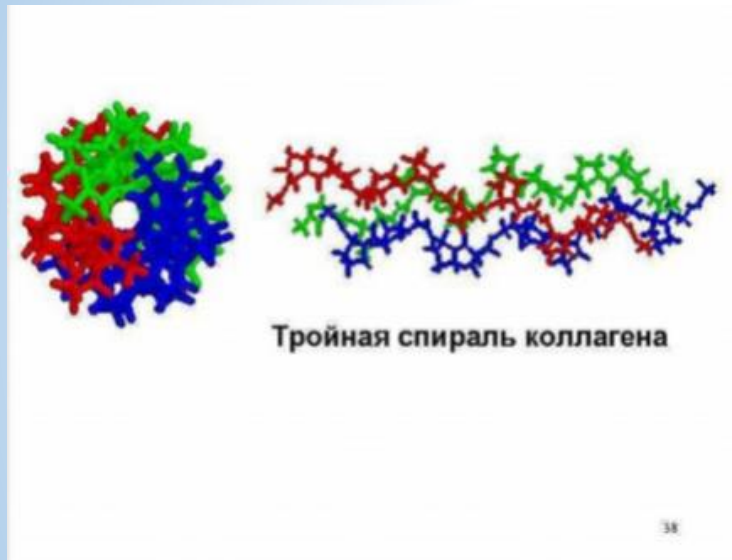
В зависимости от особенностей этиологического фактора в настоящее время выделяют:

- **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



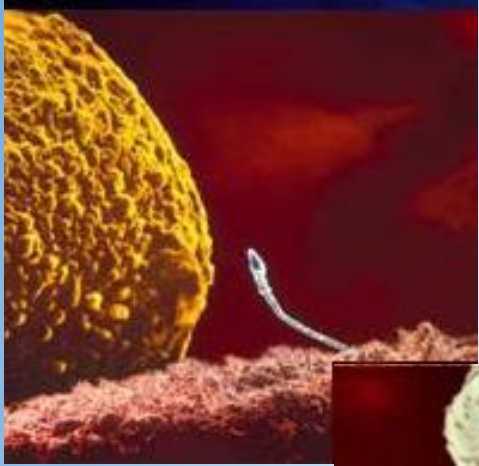
Нередко такие пациенты наблюдаются у специалистов разного профиля, каждый из которых назначает свое лечение, которое во многих случаях оказывается несвоевременным и малоэффективным



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



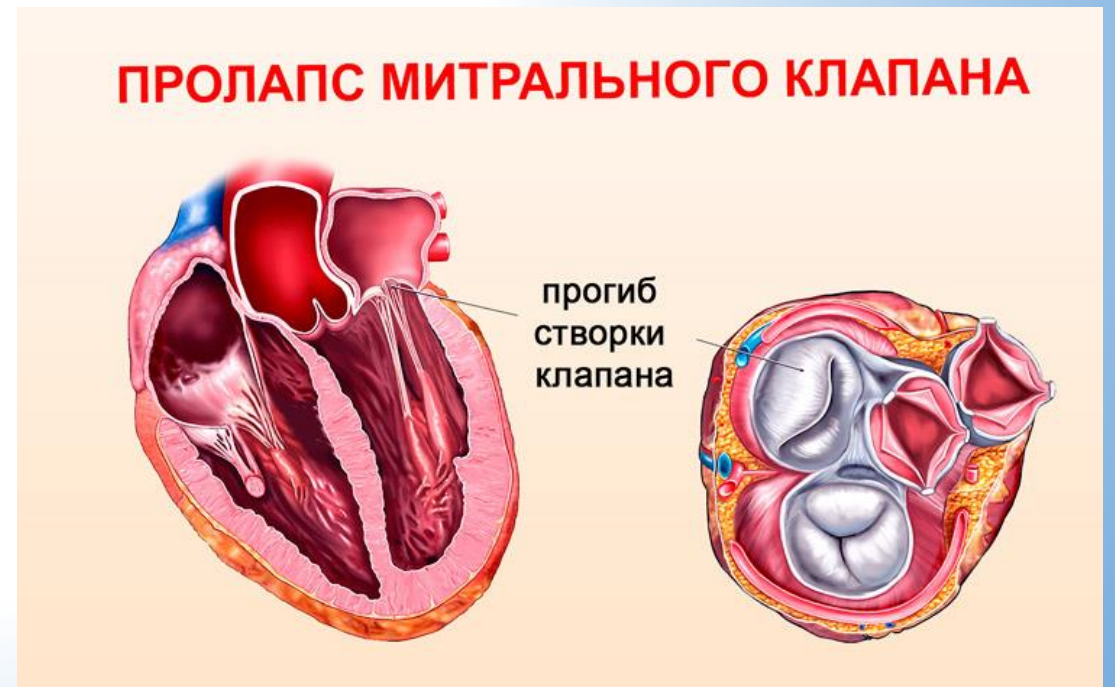
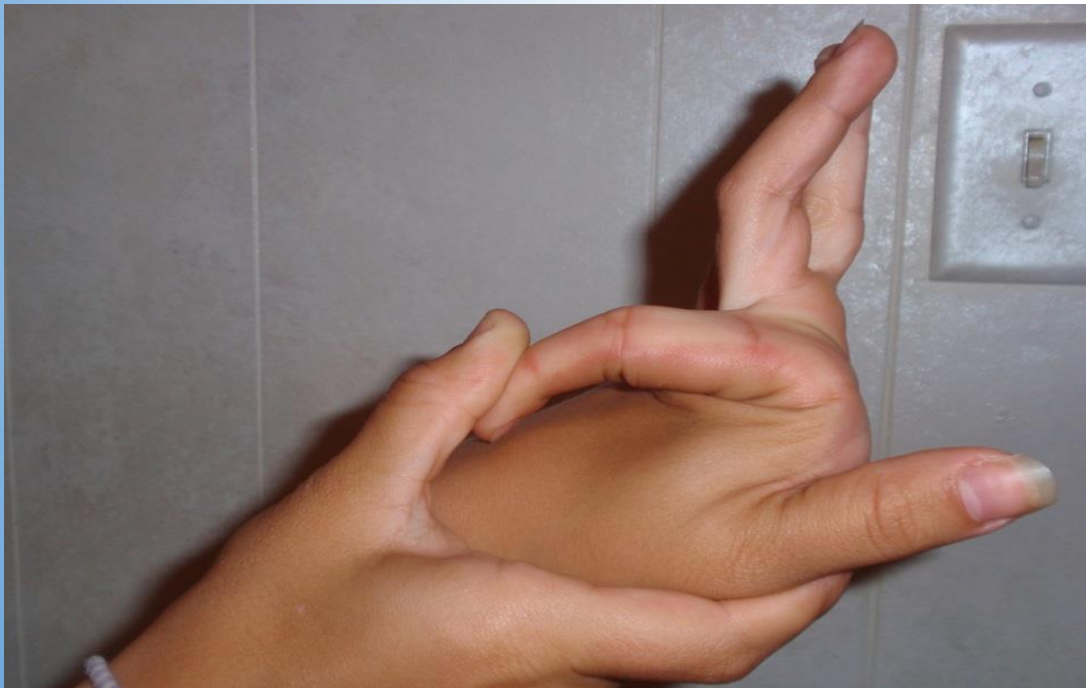
ДСТ

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



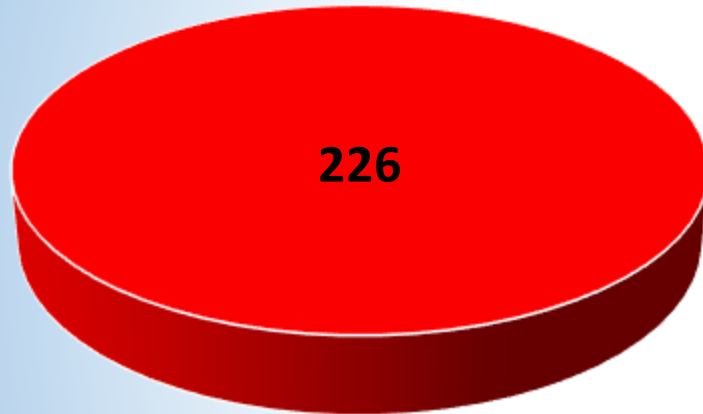
Цель исследования

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



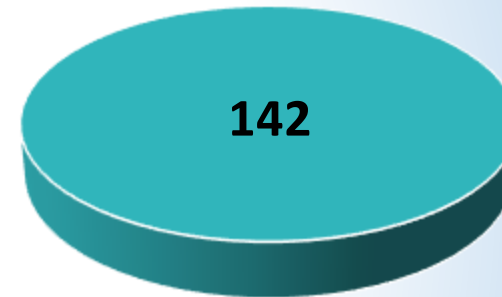
Материалы и методы

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 ≥ 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 (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

□ 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)

Угроза выкидыша и угроза преждевременных родов имели место соответственно у каждой 4-й (25,35 %) и каждой 3-й (29,58 %) беременной группы К, тогда как в группе Д таких случаев было соответственно в 2,1 (52,65 %) и в 2,2 (65,93 %) раза больше (p < 0,05).

Ранний токсикоз встречался в 1,8 раза чаще среди беременных с ДСТ (72,57 %), чем среди юных беременных без признаков ДСТ (39,44 %) (p < 0,05). Течение беременности осложнилось преэклампсией у 14,79 % пациенток группы К и в 2,2 раза чаще в группе Д (31,86 %) (p < 0,05).

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.**

Плацентарные нарушения в 1,8 раза чаще у беременных группы Д по сравнению с показателем в группе К (58,41 % и 32,39 % соответственно).

Внутриутробная гипоксия и синдром задержки роста плода у юных беременных группы Д в 1,9 и в 2 раза превышая аналогичные показатели у их сверстниц в группе К (49,56 % и 29,65 % по сравнению с 26,76 % и 14,79 %) ($p < 0,05$).

Анемия беременных в группе Д была выявлена в 1,3 раза чаще, чем в группе К, при общей высокой ее распространенности у юных пациенток сравниваемых групп (73,89 % и 55,63 %, $p < 0,05$).

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 $p < 0,05$.

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 %, $p < 0,05$)

У пациенток с признаками ДСТ осложненные роды в 2,5 раза чаще, а путем операции кесарево сечение было родоразрешено в 2,2 раза больше беременных, чем в группе К (42,92 % и 16,90 %; 37,61 % и 16,90 %, $p < 0,05$). Наиболее частыми показаниями к абдоминальному родоразрешению в исследуемых группах явились: дистресс плода, который был зарегистрирован в 2,9 раза чаще в группе беременных с ДСТ (16,37 % случаев в группе Д и 5,63 % – в группе К, $p < 0,05$);

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 $p < 0,05$.

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты случалась в 2,2 раза чаще (6,19 % и 2,82 %, $p > 0,05$); преэклампсия тяжелой степени развивалась в 2,6 раза чаще (11,06 % и 4,23 %, $p < 0,05$); аномалии родовой деятельности, которые в общем в 1,8 раза чаще встречались у юных беременных с ДСТ (43,81 % и 24,65 %, $p < 0,05$). Преждевременный разрыв плодных оболочек происходил в 2,2 раза чаще в группе Д (42,48 %), по сравнению с группой К (19,72 %) ($p < 0,05$).

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 $p < 0,05$.

Операция ручной ревизии полости матки в связи с гипотоническим маточным кровотечением, задержкой частей последа была произведена 12 (5,31 %) родильницам 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 в 1,9 раза чаще в основной, чем в группе сравнения ($p < 0,05$), а нарушения лактации – в 1,8 раза чаще ($p < 0,05$).

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!**

