

*А. В. Вазюро, С. В. Смянович*

## **НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ДИСПЛАЗИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ: АКУШЕРСКИЕ И ПЕРЕНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ**

*Научный руководитель: д-р мед. наук, проф. Л. Ф. Можейко,  
ассист. Е. В. Тихонович*

*Кафедра акушерства и гинекологии*

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

**Резюме.** Совершенствование охраны материнства и детства – это приоритетное направление развития здравоохранения. Одной из причин развития перинатальной патологии является-

ся плацентарная недостаточность. Интерес представляет дисплазия соединительной ткани, характеризующаяся нарушением формирования соединительной ткани. Распространенность данной патологии в популяции составляет около 80%.

**Ключевые слова:** дисплазия соединительной ткани, осложнения беременности.

**Resume.** Improving the protection of motherhood and childhood is a priority direction for the development of health care. One of the reasons for the development of perinatal pathology is placental insufficiency. The intestines represent connective tissue dysplasia, characterized by a disruption in the formation of connective tissue. The prevalence of this pathology in the population is about 80%.

**Keywords:** connective tissue dysplasia, complications of pregnancy.

**Актуальность.** На сегодняшний день приоритетным направлением развития медицины является совершенствование охраны материнства и детства. Важную роль отводят влиянию экстрагенитальной патологии у женщин на развитие и течение беременности, роды, развитие плода и новорожденного [3].

Известно, что более 60% перинатальной патологии возникает в антенатальном периоде, при этом одной из основных причин ее развития является плацентарная недостаточность [2]. С этой позиции интерес представляет дисплазия соединительной ткани (ДСТ), характеризующаяся нарушением формирования соединительной ткани. Системность поражения при данной патологии на фоне высокой распространенности в популяции (достигающей 80%), обуславливает актуальность изучения вклада недифференцированной дисплазии соединительной ткани (нДСТ) в развитие осложнений беременности [4, 5].

Недифференцированная дисплазия соединительной ткани - это генетически гетерогенная патология, обусловленная изменениями в геноме вследствие мультифакторных воздействий на плод внутриутробно [1].

В подавляющем большинстве случаев генный дефект при нДСТ остается неустановленным.

Основной характеристикой этих дисплазий является широкий спектр клинических проявлений без определенной четкой клинической картины.

К нДСТ относят миопию с астигматизмом, клапанный синдром (пролапс клапанов), аритмический синдром, варикозное расширение вен, остеохондроз, сколиоз [4].

**Цель:** улучшить прогнозирование акушерской патологии у женщин с недифференцированной дисплазией соединительной ткани для улучшения акушерских и перинатальных исходов.

### **Задачи:**

1. Проанализировать медицинскую документацию беременных женщин с недифференцированной дисплазией соединительной ткани, родивших в 2017 в УЗ «1 городская клиническая больница г. Минска», для выявления факторов риска гестационных осложнений.

2. Рассчитать частоту формирования акушерской патологии при нДСТ.

3. Оценить структуру осложнений морфологии последа у женщин с недифференцированной дисплазией соединительной ткани.

**Материал и методы.** Проведен ретроспективный анализ соматического, акушерско-гинекологического анамнеза, особенностей течения беременности, анализ морфологии последа, проанализированы результаты УЗИ и доплерометрии, лабораторные данные) 90 беременных (исследование случай-контроль, родивших в УЗ «1 городская клиническая больница г. Минска» в 2017 год. Женщины были разделены на 2 группы: основная группа (N=60) – женщины с ДСТ, и контрольная группа (N=30), у которых отсутствует ДСТ. В исследование не включались пациентки, страдающие хронической артериальной гипертензией, эссенциальным сахарным диабетом.

Статистическая обработка проводилась с помощью общепринятых методов в программах Excel, Statistica 10.0, MedCalc.

**Результаты и их обсуждение.** Средний возраст женщин в первой группы составил 29,28 [15;40] года, во второй группе - 28,63[19;46] года; в первой группе средняя продолжительность беременности составила 275,5 дней, во второй – 273,9 дней. В сравниваемых группах не выявлены статистически значимые отличия по возрасту и продолжительности беременности, следовательно, группы сопоставимы по данным критериям.

В отличие от основной группы, в контрольной группе отсутствовали пациентки с бесплодием, неразвивающейся беременностью, миомой матки. В обеих группах значительное число женщин рожало при помощи кесарева сечения (таблица 1).

**Таблица 1.** Анализ акушерско-гинекологического анамнеза.

Признак %	Роды КС	Аборты	Неразвивающаяся беременность	Самостоятельный выкидыш	Бесплодие	Миома матки
Основная группа	21,7%	8,3%	10,0%	8,3%	1,7%	8,3%
Контрольная группа	16,7%	3,3%	0,0%	3,3%	0,0%	0,0%

Среди экстрагенитальной патологии в основной группе наиболее часто встречались гастрит (21,7%), заболевания щитовидной железы (18,3%), в контрольной группе – нарушение жирового обмена (20%), хронический тонзиллит (16,6%).

Проанализированы клинические проявления нДСТ у пациенток основной группы: миопия встречалась в 75% случаев, варикозное расширение вен – 25%, клапанный синдром – 25%, аритмический синдром – 18,3%, сколиоз – 1,67%.

В обеих группах женщины болели ОРВИ: 36,6% и 23,3% случаев, основная и контрольная группы соответственно, кольпиты встречались в 50% и 23,3% случаев, прочие инфекции (*E.coli*, *Klebsiella*, *St.agalactiae*, *Candida*, ВПГ) – 31,67% и 10% соответственно. Обе группы сопоставимы по данным критериям; статистически значимые различия не выявлены ( $p>0,05$ ).

Обе группы проанализированы по наличию осложнений течения беременности: хроническая фетоплацентарная недостаточность (ХФПН), хроническая гипоксия плода (ХГП), синдром задержки развития плода (СЗРП), асфиксия плода, угроза прерывания беременности, преждевременное излитие околоплодных вод (ПИОВ).

Статистически значимые отличия выявлены по критериям ХФПН, ХГП, угроза прерывания, ПИОВ ( $p<0,05$ ) – данные осложнения достоверно чаще встречаются в основной группе (таблица 2).

Рассчитано отношение шансов – статистический показатель, способный описать в численном выражении то, насколько отсутствие или наличие определённого исхода связано с присутствием или отсутствием определённого фактора в конкретной статистической группе.

Для оценки значимости отношения шансов рассчитывались границы 95% доверительного интервала при помощи программы MedCalc (таблица 3).

Изучение результатов доплерометрического исследования позволило выявить статистически значимые отличия в группах (основная и контрольная соответственно) ( $p<0,05$ ) по показателям кровотока в артерии пуповины (0,562 и 0,602) и правой маточной артерии (0,456 и 0,503).

Все показатели доплерометрического исследования находятся в пределах нормы, однако в основной группе имеется тенденция к снижению кровотока по вышеупомянутым артериям, что в будущем может способствовать развитию ХФПН и ГХП.

**Таблица 2.** Анализ структуры осложнений беременности.

Параметр абс. (%)	Основная группа, n=60	Контрольная группа, n=30	Критерий согласия Пир- сона $\chi^2$ , (p)	t-критерий Стьюдента
ХФПН	25 (41,7%)	6 (20,0%)	4,38; (0,036) *	2,237**
ХГП	22 (36,7%)	1 (3,3%)	5,3005; (0,02) *	2,66**
СЗРП	3 (5%)	1 (3,33%)	0,131; (0,717)	0,627
Асфиксия плода	4 (6,7%)	0 (0%)	2,09; (0,147)	1,777
Угроза пре- рывания	27 (45%)	7 (23,33%)	3,994; (0,04) *	2,1577**
ПИОВ	24 (40%)	5 (16,67%)	4,985; (0,026) *	2,508**

\*- статистически значимые различия в группах.

\*\* - данный признак встречается значительно чаще в основной группе.

Проведено сравнение лабораторных данных беременных в обеих группах. Не выявлено статистически значимых отличий количества Д-димеров (770,21 нг/мл и 730,63 нг/мл) и фибриногена (5,16 г/л и 4,92 г/л) в группах, однако, имеются достоверные отличия по числу С-РБ (8,41 мг/л и 5,69 мг/л) в основной и контрольных группах соответственно.

Проанализированы данные морфологии последа. В основной и контрольной группах преобладает число женщин со здоровой плацентой (45 и 66,7% соответственно) – статистически значимые отличия. Не выявлено значимых отличий в группах по показателям диссоциированное созревание ворсин, незрелая плацента, преобладание некрозов, фиброзов, преобладающие кисты или отеки. Статистически более часто встречались воспалительные процессы в плаценте в основной группе – 18,3% (таблица 4).

**Таблица 3.** Отношение шансов.

	OR	95% CI	Значимо чаще встречается:
Дисплазия соединительной ткани	2,87	1,02 – 8,01	ХФПН
	3,76	1,16 – 12,2	ХГП
	2,69	1,01-7,22	Угроза прерывания
	1,53	0,15 – 15,31	СЗРП
	5,04	0,27 – 96,7	Асфиксия плода
	3,33	1,12 – 9,92	ПИОВ

**Таблица 4.** Анализ морфологии последа.

Критерий абс. (%)	Основная группа, n=60	Контрольная группа, n=30	t-критерий Стьюдента	p
Н, зрелая плацента	27 (45,0%)	21 (66,67%)	2,018	0,002
Диссоциированное созревание ворсин	8 (13,3%)	3 (10%)	0,47	>0,05
Незрелая плацента	1 (1,67%)	1 (3,33%)	0,45	>0,05
Преобладают некрозы	4 (6,67%)	2 (6,67%)	0	>0,05
Преобладает фиброз	3 (5%)	1 (3,3%)	0,47	>0,05
Преобладают воспалительные процессы	11 (18,3%)	2 (6,67%)	5,5	0,001
Преобладают кисты / отеки	6 (10%)	1 (3,3%)	1,32	>0,05

### **Выводы:**

1. Для улучшения акушерских и перинатальных исходов пациенток с недифференцированной дисплазией соединительной ткани следует отнести к группе риска

развития осложнений гестации (угроза прерывания беременности (OR 2,69), ХФПН (OR 2,87), асфиксия новорожденного (OR 5,04) и другие).

2. У пациенток с недифференцированной дисплазией соединительной ткани наиболее часто формируется хроническая фетоплацентарная недостаточность - 41,6%.

3. Формирование воспалительных изменений ворсинчатого дерева плаценты в виде очаговой лимфоцитарной инфильтрации преимущественно встречается у женщин, беременность которых протекает на фоне недифференцированной дисплазии соединительной ткани (18,3%).

4. Результаты проведенного исследования подтверждают актуальность выделения группы риска акушерской патологии у женщин с недифференцированной дисплазией соединительной ткани и разработки алгоритмов профилактики осложнения беременности на этапах предгравидарной подготовки, ранних сроках гестации, в родах и раннем послеродовом периоде, что позволит оптимизировать систему перинатальной помощи матери и ребенку.

*A. V. Vaziuro, S. V. Smeyanovich \**

## **NON-DIFFERENTIATED DISPALASE OF CONNECTIVE TISSUE: OBSTETRIC AND PERENALAL OUTCOMES**

*Tutors: doctor of medical sciences L. F. Mozheiko, ph. E. V. Tikhonovich*

*Department of Obstetrics and Gynecology,  
Belarusian State Medical University, Minsk*

### **Литература**

1. Дубова, Э. Ю., Амирасланов, М. В. Плацентарная недостаточность у беременных с недифференцированной дисплазией соединительной ткани / Э. Ю. Дубова, М. В. Амирасланов, О. А. Санникова, К. А. Павлов // Акушерство и гинекология. – 2013. – № 3. – С. 54-57.

2. Евтушенко С. К., Лисовский Е. В., Евтушенко О. С. Дисплазия соединительной ткани в неврологии и педиатрии (клиника, диагностика, лечение). Руководство для врачей. / С. К. Евтушенко, Е. В. Лисовский, О. С. Евтушенко – Украина: Четвертая хвиля, 2009. – 372 с.

3. Кан, И. В. Дисплазия соединительной ткани и плацентарная недостаточность / Кан Н. Е., Климанцев И. В., Кесова М. И., Санникова М. В. // АГ-Инфо. – 2009. – №1. – С. 21-24.

4. Климанцев, И. В. Клинико-морфологические и молекулярно-генетические критерии плацентарной недостаточности у беременных с недифференцированной дисплазией соединительной ткани / И. В. Климанцев // Рос. мед. журн. – 2016. – №7. – С. 13-31.

5. Смирнова, М. Ю., Строев, Ю. И. Недифференцированные дисплазии соединительной ткани и их значение в акушерско-гинекологической практике / М. Ю. Смирнова // Вестник Санкт-Петербургского университета. Медицина. – 2006. – №11. – С. 4-11.