

НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ДИСПЛАЗИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ – ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ

Вазюро А. В., Смянович С. В.
Научный руководитель: д-р мед. наук, проф. Можейко Л.Ф.,
ассист. Тихонович Е.В.

*Белорусский государственный медицинский университет,
кафедра акушерства и гинекологии
г. Минск*

Ключевые слова: дисплазия соединительной ткани, осложнения беременности. акушерско-гинекологическая помощь, беременность.

Резюме. Приоритетным направлением социальной политики Республики Беларусь является охрана материнства и детства. Одной из причин развития перинатальной патологии является плацентарная недостаточность, развивающаяся из-за нарушения формирования соединительной ткани. Дисплазия соединительной ткани имеет широкое распространение и различные проявления.

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%.*

Актуальность. В последние годы возрос интерес к изучению недифференцированной дисплазии соединительной ткани (нДСТ). Это обусловлено тем, что данная патология широко распространена в популяции (частота проявлений колеблется от 26 до 80%), имеет многообразные клинические проявления [4].

Недифференцированная дисплазия соединительной ткани представляет собой генетически гетерогенное заболевание, обусловленное изменениями в геноме вследствие мультифакторных воздействий на плод внутриутробно. В большинстве случаев генный дефект при нДСТ не удается установить [1].

Наиболее распространенными проявлениями нДСТ являются миопия с астигматизмом, клапанный синдром (пролапс клапанов), аритмический синдром, варикозное расширение вен, остеохондроз, сколиоз [4].

При нДСТ возникают нарушения формирования соединительной ткани, что обуславливает разнообразие клинически проявления. Нарушение формирования соединительной ткани напрямую связано с формированием плаценты и ее функционированием; данная патология увеличивает риск возникновения преждевременных родов, развития фетоплацентарной недостаточности, хронической гипоксии плода, задержки развития плода [2].

Системность поражения при данной патологии на фоне высокой распространенности в популяции, обуславливает актуальность изучения проблемы [4, 5].

Цель: выяснить, является ли наличие недифференцированной дисплазии соединительной ткани фактором риска развития осложнений течения беременности и родов.

Задачи:

1. Провести анализ медицинской документации беременных с недифференцированной дисплазией соединительной ткани, родивших в 2017 в УЗ «1 городская клиническая больница г. Минска», для установления факторов риска гестационных осложнений.

2. Провести статистический анализ частоты формирования акушерской патологии при нДСТ.

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

Материал и методы.

Изучены соматический, акушерско-гинекологический анамнез, особенности течения беременности, результаты морфологии последа, проанализированы результаты УЗИ и доплерометрии, лабораторные данные 90 женщин, родивших в УЗ «1 городская клиническая больница г. Минска» в 2017 год.

В исследовании принимали участие 2 группы женщин: основная группа (N=60) – женщины с ДСТ, и контрольная группа (N=30), у которых отсутствует ДСТ.

Из исследования исключались пациентки, страдающие хронической артериальной гипертензией, эссенциальным сахарным диабетом.

Статистическая обработка результатов проводилась с помощью программ Excel 16.16.1, Statistica 10.0.1011.0, Medcalc 11.5.0.

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	Самопроизвольный 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 Пирсона χ^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 прерывания	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
N, 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: Установлено, что наличие недифференцированной дисплазии соединительной ткани является фактором риска развития осложнений течения беременности и родов: угроза прерывания беременности (OR 2,69), ХФПН (OR 2,87), асфиксия новорожденного (OR 5,04) и другие.

Также выявлена закономерность: хроническая фетоплацентарная недостаточность (41,6%) наиболее часто формируется у пациенток с нДСТ.

Выявлено, что структура осложнений морфологии последа в обеих группах одинакова. Однако, не смотря на то, что как в основной группе, так и в контрольной группе преобладает здоровая плацента (45 и 66,7% соответственно), значительную роль занимают воспалительные процессы в плаценте

Результаты проведенного исследования подтверждают целесообразность выделения группы риска акушерской патологии у женщин с нДСТ, разработку алгоритмов ведения беременности и родов на этапах планирования беременности, ранних сроках гестации, в родах и раннем послеродовом периоде, что позволит оптимизировать систему перинатальной помощи матери и ребенку.

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.