

# Значение дисплазии соединительной ткани в развитии истмико-цервикальной недостаточности

*Кох Л.И.<sup>1</sup>, Назаренко Л.П.<sup>1,2</sup>, Цуканова Ж.В.<sup>2</sup>, Сатышева И.В.<sup>1</sup>*

## The significance of connective tissue dysplasia in the development of cervical incompetence

*Kokh L.I., Nazarenko L.P., Tsukanova J.V., Satysheva I.V.*

<sup>1</sup> Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск

<sup>2</sup> НИИ медицинской генетики СО РАМН, г. Томск

© Кох Л.И., Назаренко Л.П., Цуканова Ж.В., Сатышева И.В.

Значение дисплазии соединительной ткани в развитии истмико-цервикальной недостаточности изучено у 100 беременных на сроке 13—30 нед. Исследовали анамнез, данные объективного осмотра и физикального обследования. Значение дисплазии соединительной ткани подтверждено снижением массы тела, наличием стигм и заболеваний с дисплазией соединительной ткани.

**Ключевые слова:** беременность, истмико-цервикальная недостаточность, дисплазия соединительной ткани.

100 pregnancy women at 13—30 weeks gestations were examined to study significance of connective tissue dysplasia in the development of cervical incompetence. Data of objective examination, anamnesis, physical examination. The role of connective tissue dysplasia was firm by presence its markers, loss of weight, diseases with connective tissue dysplasia.

**Key words:** pregnancy, cervical incompetence, connective tissue dysplasia.

УДК 618.146-007.63-02:616-018.2-007.17

### Введение

Проблема невынашивания беременности имеет большое медицинское и социальное значение, так как на долю недоношенных детей приходится 60—70% ранней неонатальной смертности, 65—75% детской смертности [6]. Одной из ведущих причин невынашивания беременности во втором и третьем триместрах является истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН), частота которой составляет 14,3—42,7% [1, 5, 6]. В последнее время в литературе появились сведения о значении дисплазии соединительной ткани (ДСТ) в невынашивании беременности [4, 7—9]. Единственная работа, посвященная роли ДСТ в развитии ИЦН, основанная на 17 наблюдениях, не позволяет считать этот аспект решенным [2].

Цель исследования — определить значение ДСТ у пациенток с ИЦН на основании наличия стигм дисэм-

бриогенеза и заболеваний, имеющих отношение к патологии соединительной ткани.

### Материал и методы

Под наблюдением находилось 100 беременных в возрасте от 18 до 42 лет. Всем женщинам проводилось обследование согласно приказу № 50 МЗ РФ. Диагноз ИЦН был поставлен в 13—30 нед беременности на основании жалоб, анамнеза, влагалищного и ультразвукового исследований. Изучение признаков ДСТ осуществляли по данным анамнеза, внешнего осмотра и физикального обследования. Со всеми пациентками проводилось клиническое интервью, из которого выяснялось наличие общих заболеваний и заболеваний, имеющих отношение к ДСТ (вегетососудистая дистония, варикозная болезнь, миопия, астигматизм, эзофагит, хронический гастрит, холецистит, колит, хронические бронхолегочные заболевания, хронический пиелонефрит, нефроптоз, остеохондроз, сколиоз и др.). При внешнем осмотре выявляли стигмы дисэм-

бриогенеза в виде отклонений в физическом развитии, скелетных аномалий, признаков поражения кожи.

Физикальное обследование включало измерение роста (см) и массы тела, расчет ростовесового индекса Варги ( $ИВ = МТ/P^2 - В/100$ , где МТ — масса тела, г; P — рост, см; В — возраст, лет) [3]. Величина ИВ, равная 1,5—1,7, расценивалась как умеренное снижение МТ, величина ИВ менее 1,5 — как выраженное снижение МТ.

Для определения значимости проявлений ДСТ у беременных с ИЦН была набрана группа контроля, которую составили 20 пациенток без ИЦН такого же возраста и срока беременности, что и в основной группе.

Полученные данные подверглись статистической обработке на основе пакета статистических программ SPSS 12.0 (SPSS Inc., 1989—2003).

## Результаты и обсуждение

Детские инфекционные заболевания (ветряная оспа, гепатит А, корь, коревая краснуха, скарлатина, инфекционный паротит) перенесли 71,3% обследованных. Моноинфекция отмечалась в 64,0% случаев, микст-инфекция — в 36,0%. Экстрагенитальная патология (заболевания органов дыхания, сердца, нервной системы, желудочно-кишечного тракта, опорно-двигательного аппарата, мочевыделительной системы) была выявлена у 77,7% женщин, в том числе имеющая отношение к патологии соединительной ткани — у 51,4%.

Средний возраст наступления менархе у пациенток с ИЦН составил ( $13,3 \pm 1,4$ ) года. Позднее становление менструации (в 15 лет и старше) отмечено в 15,6% случаев. Менструации были болезненными у 28,2% пациенток, обильными у 14,3%.

Половой жизнью в 15—18 лет начали жить 75,3% обследованных, два и более половых партнера имели 84,6%, не использовали контрацепцию 61,0% женщин.

Гинекологическая патология была представлена воспалительными заболеваниями органов малого таза в 29,7% случаев, эрозией шейки матки в 35,8% (лечение методом диатермоэлектрокоагуляции осуществлялось у 24,5%), нарушением менструального цикла в 1,7%, патологией эндометрия в 1,0%, кистами яичника в 9,5%, бесплодием в 4,4% случаев.

Первобеременных было 29,7% пациенток, повторно-беременных — 70,3%. Аборты в анамнезе имели 43,8% женщин, из них различные постабортные осложнения (эндометрит, перфорация матки, повторное

выскабливание полости матки) перенесли 11,5%. Выкидыши в анамнезе имели место у 17,9% обследованных, замершая беременность у 8,1%. Преждевременные роды были у 4,4% пациенток. Причинами прерывания предыдущих беременностей, по данным анамнеза, послужили: ИЦН — 33,3%, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты — 13,9%, пороки развития плода, многоплодная беременность — 5,6%, инфекция — 11,1%.

Срочные роды в анамнезе были у 36,1% женщин, из них с диагнозом ИЦН у 13,1%. Течение предыдущих беременностей у обследованных пациенток осложнялось родовым излитием вод в 8,2% случаев, быстрыми и стремительными родами в 14,0%, слабостью родовой деятельности в 8,4%, разрывами мягких тканей, эпизиотомией в 12,1%, преждевременной отслойкой плаценты, гипотоническим кровотечением в 5,3%.

По данным А.П. Клеменова и соавт., М.Ю. Смирновой и соавт., Т.Ю. Смольновой и соавт., наличие в анамнезе указаний на экстрагенитальную патологию, имеющей отношение к слабости соединительной ткани, позднее менархе, полименорее, выкидыши, осложненное течение предыдущих беременностей и родов говорит о проявлениях ДСТ [4, 7—9]. Так, исходя из анамнестических данных пациенток с ИЦН, у части из них имелись проявления ДСТ.

Одним из важных критериев диагностики ДСТ служит определение маркеров дисэмбриогенеза. У обследованных беременных с ИЦН маркеры ДСТ характеризовались значительной вариабельностью. Чаще всего встречались такие, как нарушение прикуса — 21,9% (в группе контроля 0%,  $p < 0,05$ ), приращенная мочка уха — 23,4%, плоскостопие — 17,2%, хронический тонзиллит — 15,6% (в группе контроля 0%,  $p < 0,05$ ), миопия — 28,1%, хронические холецистит — 34,4%, гастродуоденит — 32,8%, запоры — 17,2%, варикозная болезнь — 17,2%, головные боли — 17,2% (в группе контроля 0%,  $p < 0,05$ ), сколиоз — 20,3% (в группе контроля 5,0%,  $p < 0,05$ ), боли в суставах, связанные с переменной погодой — 23,4% (в группе контроля 0%,  $p < 0,05$ ), тест большого пальца — 18,8%, тест запястья — 18,8%. До четырех маркеров соединительной ткани встречалось у 51,6% беременных с ИЦН, в группе контроля у 55,0%, пять-семь маркеров у 26,6 и 55,0%, восемь и более у 15,6 и 0% ( $p < 0,05$ ) соответственно.

В.М. Яковлев предложил определять степень тяжести ДСТ по количеству вовлеченных в патологиче-

ский процесс систем организма: две-три системы — маловыраженная ДСТ; три-четыре — умеренно выраженная; четыре-шесть — выраженная [10]. Суммируя перенесенные заболевания, имеющие отношение к патологии соединительной ткани, и стигмы дисэмбриогенеза, по данным исследования, маловыраженную степень ДСТ имели 21,9% обследованных основной группы, умеренно выраженную — 23,4%, в группе контроля 50,0 и 5,0% соответственно. Выраженной степени ДСТ не было ни в одной из групп.

Другим важным критерием клинической оценки состояния соединительной ткани служит определение роста, массы тела и ростовесового индекса Варги. Средний рост и масса обследованных женщин достоверно не различались в анализируемых группах: основная группа — (164,6 ± 6,6) см и (61,2 ± 10,0) кг, контрольная группа — (164,9 ± 5,6) см и (60,1 ± 8,7) кг ( $p > 0,05$ ). Выраженное снижение массы тела (ИВ до 1,5) имелось у 5,4% женщин основной группы, умеренное (ИВ 1,5—1,7) у 14,0%, т.е. дефицит МТ имели 19,4% пациенток. В группе контроля женщины с выраженным снижением массы тела отсутствовали, умеренный дефицит наблюдался у 25,0% пациенток.

## **Заключение**

Таким образом, учитывая, что перенесенные заболевания, имеющие отношение к ДСТ, стигмы дисэмбриогенеза и низкий индекс Варги преобладали у пациенток с ИЦН в сравнении с группой контроля, можно считать, что ДСТ является одной из причин ИЦН.

## **Литература**

1. *Акушерство*. Национальное руководство / под ред. В.И. Кулакова, Э.К. Айламазяна, В.Е. Радзинского,

- Г.М. Савельевой. М.: ГЭОТАР-Медицина, 2007. С. 187—190; 352—354.
2. *Гурбанова С.Р., Соболева Г.М.* Истмико-цервикальная недостаточность — признак недифференцированной дисплазии соединительной ткани // *Материалы 8-го Всерос. науч. форума «Мать и дитя»*. М., 2006. С. 71—73.
3. *Кадурина Т.И.* Наследственные коллагенопатии (клиника, диагностика, лечение и диспансеризация). СПб.: Невский диалект, 2000. 271 с.
4. *Клеменов А.П., Алексеева О.П., Востокова А.А. и др.* Течение и исходы беременности у женщин с недифференцированной дисплазией соединительной ткани // *Рус. мед. журн.* 2003. Т. 11, № 28. Режим доступа: <http://www.rmj/>
5. *Ледина А.В., Абуд И.Ю.* Истмико-цервикальная недостаточность. Заболевания шейки матки, влагалища и вульвы / под ред. проф. В.Н. Прилепской. М.: МЕДпресс, 1999. С. 108—119.
6. *Сидельникова В.М.* Привычная потеря беременности. М.: Триада-Х, 2003. 304 с.
7. *Смирнова М.Ю., Строев Ю.И., Нишури Д.А., Шлыкова А.В.* Недифференцированные дисплазии соединительной ткани и их значение в акушерско-гинекологической практике (обзор литературы) // *Вест. СПб. ун-та*. 2006. Сер. 11. Вып. 4. С. 95—104.
8. *Смольнова Т.Ю., Адамян Л.В.* Критерии постановки диагноза дисплазии соединительной ткани у женщин // *Материалы 1-й Всерос. науч.-практ. конф. «Акутальные вопросы внутренней патологии. Дисплазия соединительной ткани»*. Омск, 29—30 июня 2005.
9. *Смольнова Т.Ю., Буянова С.Н., Савельев С.В. и др.* Фенотипический симптомокомплекс дисплазии соединительной ткани у женщин // *Клинич. медицина*. 2003. № 8. С. 42—48.
10. *Яковлев В.М., Викторова И.А., Терещенко Л.Г.* Клинико-биохимическая диагностика дисплазии соединительной ткани // 2-й регион. симпозиум «Дисплазия соединительной ткани»: Тез. докл. Омск, 1992. С. 19—27.

Поступила в редакцию 25.06.2009 г.

Утверждена к печати 28.10.2009 г.

## **Сведения об авторах**

*Л.И. Кох* — д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой акушерства и гинекологии ФПК и ППС СибГМУ (г. Томск).

*Л.П. Назаренко* — д-р мед. наук, руководитель лаборатории наследственной патологии, зам. директора НИИ медицинской генетики СО РАМН по научной и лечебной работе, профессор кафедры медицинской генетики СибГМУ (г. Томск).

*Ж.В. Цуканова* — врач клинико-диагностической лаборатории НИИ медицинской генетики СО РАМН (г. Томск).

*И.В. Сатышева* — ассистент кафедры акушерства и гинекологии ФПК и ППС СибГМУ (г. Томск).

## **Для корреспонденции**

*Сатышева Ирина Владимировна*, тел. 8-903-952-7347, e-mail: [satisheva@mail.ru](mailto:satisheva@mail.ru)