

МЕДИЦИНСКИЕ НАУКИ

Лукина Татьяна Сергеевна

заместитель главного врача, врач акушер-гинеколог

ООО МЦ «Здоровое поколение»

г. Калуга, Калужская область

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПО ВЫЯВЛЕНИЮ ПРИЗНАКОВ И МАРКЕРОВ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ

***Аннотация:** в статье представлены мероприятия по выявлению признаков дисплазии соединительной ткани у девочек подростков. Автор сообщает, что в последние годы одним из актуальных медицинских направлений исследований является изучение вопросов, связанных с недифференцированными формами дисплазии соединительной ткани (ДСТ), которые позволяют отнести девочек подростков с данным заболеванием к группе риска по репродуктивным нарушениям.*

***Ключевые слова:** дисплазии соединительной ткани, подростки девочки, организация, выявление.*

***Введение:** В последнее время проблеме дисплазии соединительной ткани в акушерской практике уделяется большое внимание, что обусловлено широкой распространенностью этого синдрома среди девочек подростков и является актуально значимой в рамках национального проекта «Здоровья». На практике особенно часто приходится сталкиваться с недифференцированной (несиндромной) дисплазией соединительной ткани НДСТ. В отличие от синдромных форм проявления НДСТ не столь манифестны и нередко остаются без должного внимания. Вместе с тем универсальность соединительнотканного дефекта при НДСТ предполагает разнообразие висцеральных изменений, часть из которых может иметь серьезные клинические последствия.*

Совершенствование системы организационных мероприятий по выявлению признаков дисплазии соединительной ткани у девочек подростков должно обеспечиваться решением задач по повышению эффективности организационных мероприятий и медицинской помощи девочкам подросткам, с улучшением медицинской информированности, профилактической и медико-социальной активности, оптимизацией их качества жизни, обеспечением доступности и качества клинико-диагностических услуг, снижением уровня воздействия факторов риска, влияющих на репродуктивное здоровье девочек подростков с НДСТ. Принято выделять дифференцированные и недифференцированные формы ДСТ. К дифференцированным ДСТ относятся болезни монофакторного характера с установленным генным фактором и, как правило, выраженной и четкой очерченной клинической симптоматикой. Классическим примером дифференцированным ДСТ являются наследственные коллагено-патии Синдром Марфана (СМ), Элерса-Данлоса, возникновение которых обусловлено мутациями в генах, контролирующих синтез определенных типов коллагена. Синдром Марфана (СМ) – наследственное нарушение обмена соединительной ткани с аутосомно-доминантным типом наследования и популяционной частотой 1:10000 – 1:15000. В его основе лежат мутации в гене белка фибриллина (FBN1) или α2-цепи коллагена I типа. В типичном случае СМ представляет собой сочетание характерных изменений опорно-двигательного аппарата, глаз и сердечно-сосудистой системы. Современное консервативное и хирургическое ведение больных с СМ продлевает жизнь в среднем на 13 лет, все больше пациенток достигают репродуктивного возраста. В контексте проблемы беременности при СМ, в первую очередь, требуют обсуждения два наиболее серьезных аспекта – вероятность расслоения и разрыва аорты и риск иметь больного ребенка. Серьезной проблемой, стоящей перед женщиной с СМ, является высокий генетический риск для потомства. Аутосомно-доминантный тип наследования означает вероятность рождения больного ребенка равную 50%. Расшифровка генных дефектов, ответственных за возникновение СМ, позволяет проводить пренатальную и преимплантационную диагностику.

ционную диагностику и избегать рождения больного ребенка. Особые диагностические проблемы создают спорадические случаи заболевания, частота которых составляет около 30% от общего количества больных с СМ. В практической работе гораздо чаще приходится сталкиваться с недифференцированной дисплазией соединительной ткани. Ее клинические проявления не укладываются ни в одну из известных наследственных болезней, но могут их весьма напоминать (морфано- или элерсоподобный фенотип). Теоретической предпосылкой к настоящему разделу исследования соединительной ткани с вовлечением в патологический процесс репродуктивной системы не может не отразиться на течении беременности и родов у женщин с маркерами НДСТ.

Целью исследования явилось выявление признаков дисплазии соединительной ткани у девушек-подростков с нарушением становления менструальной функции и их матерей. *Материалы и методы:* Было проведено ретроспективное обследование 210 девочек в возрасте от 12 до 15 лет. Сформировано 2, группы. Группа девочек: IА, группа (основная) – с маркерами СДСТ (п. = 145), IIБ (контрольная) – с их отсутствием (п. = 66). Для выявления маркеров СДСТ использовали методы: подометрический метод Фридлянда, тест на гипермобильность, метод Бейтона, тест на повышенную растяжимость кожи, УЗИ брюшной полости, эхокардиографию.

Результаты и обсуждения: Изучены системные проявления дисплазии соединительной ткани у 232 девушек-подростков в период пубертата и у 232 их матерей в периоде репродукции и перименопаузе. Основную группу составили 116 девушек с нарушением становления менструальной функции и их матерей. В группе сравнения – 116 девушек с физиологическим пубертатом и их матерей. Различия между группами оценивали с использованием t-критерия Стьюдента. Средний возраст менархе в основной и группе сравнения девушек-подростков достоверно различен соответственно: 12,63 и 13,14 ($p < 0,002$). Частота соматических заболеваний, относящихся к системным проявлениям дисплазии соединительной ткани, у девушек с нарушением менструальной функции, достоверно выше, чем у девушек с физиологическим пубертатом. Фенотипические маркёры

дисплазии соединительной ткани встречаются в основной группе девушек в 58,6% (нарушения строения скелета 18,1%, миопии 14,6%, заболевания суставов и связочного аппарата 25,9%). В группе сравнения соответственно 19,8% (7,8%; 7,8%; 5,2%). У матерей, имеющих дочерей с патологическим пубертатом, фенотипические маркёры дисплазии соединительной ткани выявлены в 79,3% в периоде репродукции и перименопаузы (миопии 22,4%; заболевания суставов и связочного аппарата 56,9%). В группе сравнения у матерей, имеющих дочерей с физиологическим пубертатом, соответственно 50% (11,2%; 38,8%). Анализируя висцеральные проявления системной дисплазии соединительной ткани, выявлены также достоверные различия.

Выводы: Таким образом, выявлено статистически значимое преобладание соматических заболеваний, относящихся к проявлениям системной дисплазии соединительной ткани у девушек-подростков с нарушением становления менструальной функции в пубертате их матерей. Накопление патологической доминанты в поколениях приводит к формированию у дочерей патологического пубертата на фоне проявлений системной дисплазии соединительной ткани.

Список литературы

1. Васильев В.Е. Пути совершенствования медико-социальной помощи женщинам и детям при угрозе невынашивания: [Текст]: автореф, дис.. канд. мед. наук / В.Е. Васильев. – СПб, 1994. – 17 с.
2. Денисов В.И. Качество жизни: сущность, оценка, стратегия формирования / В.И. Денисов. – [Текст]: М.: Изд-во ВНИИ технической эстетики, 2000. – 124 с.
3. Познанская А.В. Оптимизация системы профилактики и реабилитации нарушений репродуктивного здоровья и поведения женщин позднего, репродуктивного возраста. – СПб, 1999. – 21 с.
4. Фадеева Т.С. Применение магния в клинике невынашивания беременности у женщин недифференцированной дисплазии соединительной ткани. // Вестник новых медицинских технологий, 2009 – С. 68–70.

5. Фадеева Т.С. Беременность у женщин с дисплазией соединительной ткани. // Вестник Российского Государственного медицинского университета, 2007. – С. 171–172.

6. Признаки дисплазии соединительной ткани у девочек с нарушением становления менструальной функции и их матерей [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.rae.ru/fs/?section=content&op=show_article&article_id=7778049&lng=en