

УДК 618.175:618-007.17

## ПРОЯВЛЕНИЕ МЕЗЕНХИМАЛЬНОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ЖЕНЩИН С МЕНСТРУАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ

Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул

Морозова Т.И., Перегудова И.Г.

*В статье представлено описание результатов исследования, нацеленного на выявление связи между нарушениями менструального цикла и врожденной неполноценностью соединительной ткани. Были опрошены женщины, включенные в группы по критерию наличия в анамнезе недифференцированных фенотипических и висцеральных признаков дисплазии соединительной ткани, менструально-овариальной дисфункции.*

**Ключевые слова:** дисплазия соединительной ткани, менструальная дисфункция.

*The article describes the results of the study aimed at identifying the connection between menstrual cycle disorders and congenital connective tissue deficiency. Women included in groups on the criterion of presence of undifferentiated phenotypic and visceral signs of connective tissue dysplasia, menstrual ovarian dysfunction in the history were interviewed.*

**Key words:** connective tissue dysplasia, menstrual dysfunction.

Менструальная функция отражает здоровье женщины в целом, поскольку регуляция менструального цикла (МЦ) достигается согласованной работой яичников, гипофиза, гипоталамуса, коры головного мозга и щитовидной железы. Высокая частота нарушений МЦ объясняется особой уязвимостью гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы вследствие ее повышенной чувствительности к различным неблагоприятным воздействиям, дизэмбриопатиям, эндогенным и экзогенным раздражителям.

Цель работы состояла в определении взаимосвязи нарушения МЦ с недифференцированной дисплазией соединительной ткани (НДСТ) и их влияния на здоровье женщины, выявление значимых маркеров НДСТ, их частоту у лиц с нарушениями менструальной функции.

### Материалы и методы

В основу работы положены результаты обследования.

К критериям включения в группу обследования отнесено наличие у женщин недифференцированных фенотипических и висцеральных признаков дисплазии соединительной ткани, менструально-овариальной дисфункции. Проведен анализ данных опросных таблиц.

В них вошли состояния кожи, туловища, кистей, позвоночника, гипермобильности суставов, стоп, геморрагические симптомы, наличие варикозного расширения вен нижних конечностей.

### Результаты и обсуждение

Анализ клинико-анамнестических данных показал, что возраст участниц исследования варьировал от 18 до 46 лет. Средний возраст обследованных женщин в группах составил 29 лет. Изучение их социального статуса показало, что профессиональное распределение не имело достоверных различий между группами. Анализ антропометрических данных свидетельствует, что у пациенток в группе А преобладал астенический и гиперстенический тип конституции, а в группе Б – нормостенический и гиперстенический тип телосложения.

Внешние фенотипические маркеры ДСТ достоверно чаще встречались в основной группе А: нарушения строения позвоночника, грыжи различной локализации, миопии, плоскостопие. При анализе висцеральных проявлений ДСТ выявлены также достоверные различия. У женщин группы А наблюдались маркеры ДСТ: вегетососудистая дистония, аномалии сердечно-сосудистой системы, аномалии мочевыделительной системы, хроническая бронхолегочная патология, анемии. В группе сравнения эти признаки встречались в 2–3 раза реже.

Диагностированные нарушения МЦ встречались у женщин группы А как изолированно, так и совместно. Преобладали сочетанные нарушения параметров МЦ в виде комплекса из двух и более симптомов. В анамнезе у пациенток с нарушениями МЦ и НДСТ отмечена высокая частота ювенильных маточных кровотечений (ЮМК). По данным литературы, ЮМК обусловлены не только гормональными нарушениями, но и склонностью к геморрагическим проявлениям синдрома ДСТ.

По данным большинства исследователей, внутри группы нарушений менструального цикла ювенильные кровотечения уступили свое ведущее место гипопменструальному синдрому и аменореям. Это обстоятельство свидетельствует о более серьезных, чем в прежние годы, функциональных отклонениях репродуктивной системы. Чаще всего пациентки предъявляли жалобы на редкие, скудные, непродолжительные месячные.

Соматическое здоровье у женщин с НДСТ, имеющих в анамнезе олигоопсоменорею, маточные кровотечения пубертатного периода и дисменорею, достоверно более отягощено экстрагенитальными заболеваниями.

Все вышеизложенное не может не сказаться на реализации репродуктивных планов у женщин с нарушениями МЦ и ДСТ. По гинекологическим заболеваниям участницы исследования в группах А и Б имели такие патологии, как эрозии и дисплазии шейки матки, эндометриоз, миомы матки в обеих группах были одинаковыми, но в группе А преобладали дегенеративные формы роста опухоли, а бесплодие в группе А преобладало в два раза.

В литературных источниках встречаются сведения о нарушениях МЦ у женщин репродуктивного возраста с ДСТ, однако конкретные формы нарушений, к сожалению, не указываются. Почти у трети лиц НДСТ сочетается с проявлениями гипоталамического синдрома. Поэтому вопрос о механизмах развития нарушений МЦ у женщин с ДСТ остается открытым и важным, поскольку менструальная дисфункция является патогномоничной для гинекологической патологии, а наличие ДСТ усугубляет ее течение.

Так, по данным литературы, у пациенток с НДСТ синдром тазовой боли считают возможным объяснить сопутствующим варикозным расширением вен малого таза. У женщин репродуктивного возраста с ДСТ также встречается пролапс гениталий, причем доказано, что в данном случае травматичные роды не являются причиной. Опущение гениталий связано с генерализованной ДСТ и развивается тем раньше, чем более выражены проявления дисплазии в организме. У тех же больных описаны различные формы нарушения мочеиспускания: преобладало недержание мочи, учащенное мочеиспускание, затрудненное мочеиспускание. Причем уродинамическое обследование показало, что в основе этих функциональных нарушений лежит не дислокация пузырно-уретрального сегмента вследствие повреждения тазовой диафрагмы, а нейрогенная дисфункция пузырно-уретрального сегмента и тазовой диафрагмы.

Представляет интерес акушерский анамнез исследуемых. Актуальность изучения нарушений МЦ и ДСТ в акушерско-гинекологической практике определяется тем, что эти состояния могут лежать в основе urgentных ситуаций (гипотонические кровотечения), повышать частоту осложнений беременности и приводить к репродуктивным потерям (невынашивание беременности).

Так, например, в одном из исследований исходов беременности и родов у женщин с нарушениями МЦ и ДСТ выявлена высокая частота самопроизвольных аборт. При этом более половины из них произошло в I триместре беременности в связи с истмико-цервикальной недостаточностью (что, судя по всему, объясняется нарушением структуры волокон соединительной ткани). Преждевременными родами закончилась беременность у большего количества женщин с НДСТ.

Видя связь нарушений МЦ и ДСТ с эндокринными и соматическими расстройствами, необходимо определить патогномоничные характеристики НДСТ у этих пациенток. Так, по балльной оценке по А.С. Калмыковой, были выявлены наиболее встречаемые и характерные признаки ДСТ при нарушениях, на основе этого составлен бланк опроса, результаты представлены в таблице 1.

#### Выводы

1. По мнению ряда авторов, прослеживается отчетливая связь нарушений менструального цикла с врожденной неполноценностью соединительной ткани.
2. Принимая во внимание широкий диапазон проявлений ДСТ у женщин с нарушениями МЦ, независимо от непосредственной причины их обращения к врачу, необходимо прогнозировать динамику течения заболевания и риск возможных осложнений.
3. Верификацию ДСТ у пациенток следует рассматривать как чрезвычайно серьезную проблему в связи с высокой вероятностью развития ситуаций, представляющих витальную угрозу при беременности и родах для матери и плода.
4. Своевременное распознавание НДСТ позволит повысить эффективность лечения нарушений МЦ, предупредить неблагоприятный исход, особенно в акушерско-гинекологической практике.
5. Необходимы дальнейшие исследования для уточнения патогенетических механизмов развития этого заболевания у данной категории пациенток и разработки рациональной терапии.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Таблица 1

Стигма дизэмбриогенеза – признак ДСТ	Группа А, n=30	Группа Б, n=30
Выраженная венозная сеть	10	5
Патология зрения	15	7
Аномалии прикуса	4	1
Оттопыренные уши	5	3
Бледность кожи	18	10
Гиперрастяжимость кожи	15	3
Гипермобильность суставов	25	-
Тонкая, морщинистая кожа	5	2
Астеник	10	5
Сколиоз	14	9
Грыжи	5	1
Носовые кровотечения	8	3
Легкое возникновение синяков	10	2
Вальгусные стопы (X-образная установка стоп)	4	-
Нестабильность шейного отдела позвоночника	2	-
Нарушение осанки	20	10

**Список литературы:**

1. Гладких Н.Н., Ягода А.В. Клинико-патогенетические аспекты изменений в системе гемостаза при врожденной дисплазии соединительной ткани. *Гематология и трансфузиология*. 2007; 3: 42–47.

2. Еремин М.Е., Евсеева М.Е., Кошель В.И. *Хронический тонзиллит и дисплазия соединительной ткани*. Ставрополь, 2008.

3. Земцовский Э.В. *Диспластические фенотипы. Диспластическое сердце*. СПб.: Ольга, 2007. 80 с.

4. Земцовский Э.В., Бржеский В.В., Суворова А.В. и др. Наследственные нарушения соединительной ткани. В сб.: *Национальные клинические рекомендации ВНОК / Р.Г. Оганов, М.Н. Мамедов. М.; 2009: 221-250.*

5. Кадурина Т.И. *Наследственные коллагенопатии*. СПб.: Невский диалект, 2000.

6. Козина О.В. Беременность и роды у больных с недифференцированной дисплазией соединительной ткани. *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии*. 2007; 6(1): 66–69.

7. Куликов А.М., Кротин П.Н. *Здоровье девушек: соматические и репродуктивные аспекты*. СПб., 2000.

8. Нечаева Г.И., Викторова И., Друк И. Дисплазия соединительной ткани: распространенность, фенотипические признаки, ассоциации с другими заболеваниями. *Врач*. 2006. № 1. С. 19–23.

9. Нечаева Г.И., Викторова И.А. *Дисплазия соединительной ткани: терминология, диагностика, тактика ведения пациентов*. Омск: Изд-во ООО «Типография БЛАНКОМ», 2007.

10. Перекальская М.А., Макарова Л.И., Верещагина Г.Н. Нейроэндокринная дисфункция у женщин с системной дисплазией соединительной ткани. *Клиническая медицина*. 2002;4: 48–51.

11. Смольнова Т.Ю., Буянова С.Н., Савельев С.В. и др. Фенотипический симптомокомплекс дисплазии соединительной ткани у женщин. *Клиническая медицина*. 2003; 8: 42–47.

12. Beighton P. et al. International Nosology of Heritable Disorders of Connective Tissue. *Am. J. of Medical Gen.* 1988;29: 581-594.

13. *Mitral Valve: Floppy Mitral Valve, Mitral Valve Prolapse, Mitral Valvular Regurgitation* / Ed. by H. Boudoulas, Ch.F. Wooley. NY: Futura Publishing Company, 2000.