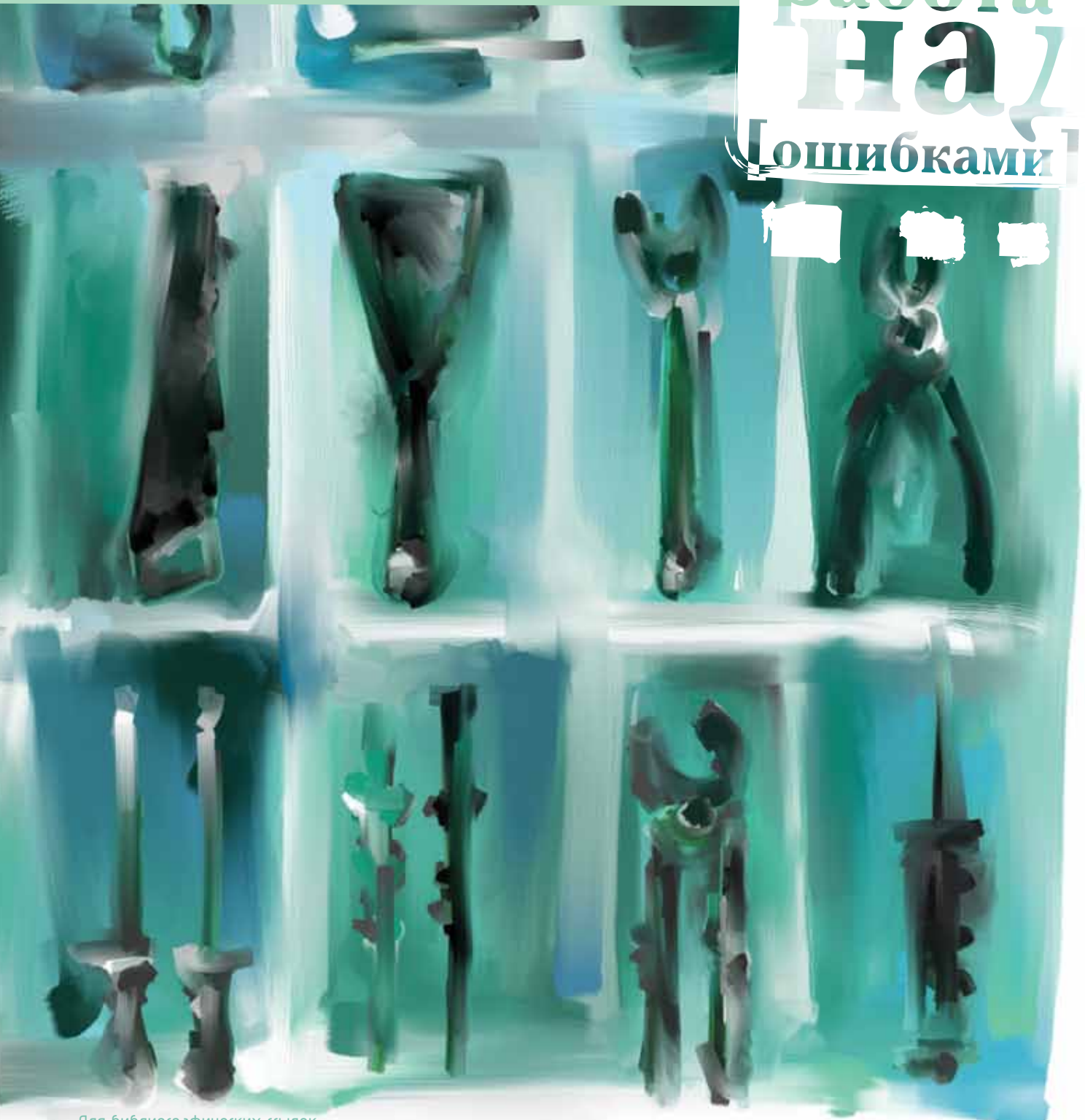
работа над ошибками



Для библиографических ссылок

• Гаспаров А.С., Дубинская Е.Д., Бабичева И.А. Дисплазия соединительной ткани в практике акушера-гинеколога: трудности диагностики и их преодоление // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2015. — №6 (29). — С. 87–92.

• Труш М.В., Симоновская Х.Ю. Здоровье женщин после 40 — сохранить и приумножить // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2015. — №6 (29). — С. 94–102.

понятие растяжимости

Дисплазия соединительной ткани в практике акушера-гинеколога: трудности диагностики и их преодоление

Авторы: Александр Сергеевич **Гаспаров**, докт. мед. наук, проф., акад. РАЕН, проф. кафедры акушерства, гинекологии и репродуктивной медицины ФПК МР РУДН; Екатерина Дмитриевна **Дубинская**, докт. мед. наук, проф. той же кафедры; Ирина Александровна **Бабичева**, канд. мед. наук, доц. той же кафедры (Москва)

Копирайтинг: Мила Мартынова

Некоторые заболевания с высокой точностью можно определить по характерным диагностическим признакам, лишь взглянув на пациента, например, если речь идёт о базедовой болезни или желтушной форме гепатита. Однако существует масса состояний, которые не обнаружить при тщательном внешнем осмотре затруднительно, но всё же возможно. Особое внимание к диагностическим маркерам позволяет наблюдательному клиницисту заподозрить специфические нарушения в организме.

Так, выраженные растяжки на коже пациентки должны натолкнуть гинеколога на мысль о системном недоразвитии соединительной ткани — как правило, это состояние связано с дефектами синтеза какого-либо типа коллагенов и весьма небезразлично для здоровья репродуктивной системы, ведь бОльшая часть её органов расположена в соединительнотканных «гамачках», как молочные железы, и на «батуте» тазового дна.

Соединительную ткань можно с уверенностью назвать основой организма: именно она составляет около 50% массы тела человека и присутствует во всех без исключения органах и системах. Наружные покровы, скелет, сухожилия, хрящи, связки, стенки сосудов, собственно кровь — и здесь перечислены лишь самые ключевые образования мезодермального происхождения. Именно поэтому нарушение всего в одном маленьком звене способно потянуть за собой цепочку серьёзных проблем со здоровьем. Одна из них — синдром дисплазии соединительной ткани — нередко проявляет себя целым спектром соматических заболеваний сердечно-сосудистой, дыхательной, опорно-двигательной и, что особенно важно для акушеров-гинекологов, репродуктивной систем.

Особая сложность состоит в своевременном обнаружении этого состояния, поскольку лабораторная диагностика дисплазии доступна далеко не всегда (технически сложна, стоимость исследования значительна), а отсрочка лечения или отсутствие профилактических мероприятий могут существенно ухудшить прогноз для женщины. На помощь приходят внешние (фенотипические) признаки[1], и для их своевременного обнаружения специалист должен просто-напросто уделить достаточно внимания тщательному осмотру каждой пациентки.

Гуттаперчевость? Нехорошо

В отечественной и иностранной литературе всё чаще фигурируют материалы, посвящённые дисплазии соединительной ткани, и повышенный интерес к проблеме не удивителен, несмотря на противоречивость данных о распространённости синдрома. Разногласия обусловлены в основном расхождениями в классификациях, и формирующийся разброс статистических показателей разителен: от 8–9 до 26–86% в популяции[2].

Женщины репродуктивного возраста составляют группу особого риска — недифференцированная дисплазия соединительной ткани не только способна спровоцировать и утяжелить многие соматические заболевания (пролапс створок клапанов сердца, нейроциркуляторную дистонию, поражение почек, дискинезию желчевыводящих путей, хроническую венозную недостаточность и др.), но и чревата разнообразными гинекологическими осложнениями. Состояние может неблагоприятно влиять на течение беременности, родов, послеродового периода, перинатальную заболеваемость и даже на смертность[3]. Например, у здоровых женщин гестационные нарушения регистрируют почти в 1,5 раза реже, чем у пациенток с дисплазией[4].

Кроме того, синдром ассоциирован с повышенным риском кровоточивости и одновременно со значимой вероятностью тромбоэмболических осложнений[5,6]. В репродуктивном периоде дисплазия соединительной ткани предрасполагает к расстройствам менструальной функции, нередко становится причиной истмико-цервикальной недостаточности (патогенетический фактор 81% преждевременных родов, чаще всего с неблагоприятным неонатальным исходом[7]). Примерно у 45% пациенток с синдромом слабости соединительной ткани диагностируют спаечный процесс в малом тазу[8]. Дисплазию соединительной ткани считают также одной из ключевых причин опущения и выпадения половых органов[9], что зачастую требует оперативного вмешательства. Некоторые исследователи связывают пролапс гениталий не только с родами, но и с фенотипической предрасположенностью[10].

Ответ эволюции прогрессу?

Использовать термин «дисплазия» (отклонение в формировании — греч.) в контексте нарушения образования соединительной ткани предложил ещё в 80-х годах XX века Питер Бейтон (Peter Beighton). Однако до сих пор единения в понимании термина нет: в МКБ-10 соответствующей самостоятельной нозологической единицы не выделено, а уж по поводу классификации и вовсе идут непрекращающиеся дискуссии. С диспластическими изменениями и состояниями связаны самые разнообразные синдромы: астенический, клапанный, аритмический, бронхолёгочный, висцеральный, органов зрения, а также синдромы гипермобильности суставов и даже внезапной смерти и др.

Как бы то ни было, в соответствии с единственно доступной классификацией, принятой в 1990 году в Омске на симпозиуме, посвящённом проблеме врождённой системной дисплазии соединительной ткани[12], различают две формы.

- Дифференцированную — имеет определённые клинические проявления, которые обусловлены хорошо изученными генными или биохимическими дефектами (синдром Марфана, синдром Элерса–Данло и др.).
- Недифференцированную — проявляется внешними фенотипическими признаками, но при этом не подходит под описание ни одного известного синдрома, связанного с изменением соединительной ткани. Именно эта форма заболевания наиболее распространена в популяции и, по некоторым данным, её частота достигает 80%[5].

Чаще всего под термином «дисплазия соединительной ткани» подразумевают аномалию тканевой структуры, обусловленную наследуемой формой генетического дефекта либо мутагенным воздействием в период внутриутробного развития[13]. Некоторые авторы и вовсе считают, что дисплазия соединительной ткани — не болезнь, а приспособительный механизм выживания человека в неблагоприятных условиях среды, сформировавшийся лишь несколько столетий тому назад на фоне интенсивного развития промышленности[14].

[В репродуктивном периоде дисплазия соединительной ткани предрасполагает к расстройствам менструальной функции, нередко становится причиной истмико-цервикальной недостаточности.]

Подозрительная зыбкость

Общий тезис о том, что дисплазия соединительной ткани сказывается на гинекологическом и репродуктивном здоровье, хорошо известен не только врачам, но и пациенткам, однако связь конкретных диагнозов с особенностями строения тканей-производных мезодермы способен отследить далеко не каждый клиницист. Позицию наиболее распространённого осложнения недифференцированной дисплазии соединительной ткани в I триместре беременности многие десятилетия удерживает ранний токсикоз. Например, в одном исследовании было установлено, что данная проблема актуальна почти для половины (45–48%) беременных с пролапсом митрального клапана[11].

Второе по частоте проявление — уже упоминавшееся ранее невынашивание беременности вследствие истмико-цервикальной недостаточности, когда шейка матки, состоящая преимущественно из соединительной ткани, не может противостоять возрастающему внутриматочному давлению и удерживать растущий плод до родов. Около 40% установленных диагнозов истми-

© Henrik Larsson / Shutterstock.com

[Трудность диагностики дисплазии соединительной ткани приводит к упущению момента постановки диагноза и начала своевременного лечения этого состояния, поэтому важен комплексный диагностический подход (сбор анамнеза, анализы, фиксация симптомов).]

ко-цервикальной недостаточности провоцируют прерывание гестации во II и III триместрах[7]. Патогенез процесса связан с недостаточной активностью синтеза коллагена в клетках соединительной ткани, возникающий дефицит эластичности и упругости нарушает запирательную функцию органа во время беременности и препятствует физиологичному (без разрывов) раскрытию в родах.

На более поздних сроках, во II и III триместрах беременности, недифференцированная дисплазия соединительной ткани может стать причиной опасных и даже угрожающих жизни матери и плода состояний. Особого внимания заслуживает преэклампсия — до 50% беременных с этим диагнозом имеют дисплазию соединительной ткани[15].

Патологический процесс, обусловленный дефектным формированием соединительной ткани, часто встречается при плацентарной недостаточности, хронической гипоксии и задержке роста плода (32%)[16]. В зависимости от срока гестации возможны самопроизвольные выкидыши, антенатальная гибель плода (29,4%), преждевременные роды (67,5%), зачастую связанные с преждевременным разрывом недостаточно эластичных плодных оболочек[17].

Значимыми для здоровья и даже для жизни пациенток могут оказаться последствия других клинических ситуаций, имеющих в своём патогенезе нарушения формирования соединительной ткани: кровотечения, родовой травматизм, последующее опущение тазовых органов, различные формы инконтиненции и т.д.

Послесловие дисплазии

Из числа акушерских особенностей, связанных с недифференцированной дисплазией соединительной ткани, можно выделить менее продолжительные роды у пациенток соответствующей группы. Быстрое и стремительное родоразрешение (более чем у половины рожениц с тяжёлой формой данного состояния[18]) значительно повышает родовой травматизм для матери и ребёнка. Среди таковых — разрывы шейки матки, влагалища и промежности (39%)[16], выворот матки, гипотонические кровотечения (6%)[16] у родильниц, а также травмы намёта мозжечка, переломы позвонков шейного отдела и ключицы у новорождённых[19] — около 38% детей, рождённых у матерей с недифференцированной дисплазией соединительной ткани, получают те или иные травмы в родах[19]. В одном исследовании было показано, что перевод на второй этап выхаживания необходим каждому третьему

© file404 / Shutterstock.com

новорождённому после быстрых родов. У детей из данной когорты отмечают также и другие настораживающие моменты: гипоксию при рождении (у 56,2%), постгипоксические состояния (26%), низкую или, наоборот, слишком большую массу тела (25%), перинатальные заболевания ЦНС (47%), желтуху новорождённых (37%), геморрагический синдром (25%)[16].

При тяжёлых формах дисплазии соединительной ткани в послеродовом периоде нередко диагностируют субинволюцию матки и эндометрит[20], неполноценность рубца на матке после кесарева сечения, а отдалённо — пролапсы гениталий и выпадения шейки матки. Зафиксированы прогностические маркеры этих неблагоприятных ситуаций: появление на коже беременной 15 и более стрий повышает риск пролапса тазовых органов в 1,29 раза[21].

Вне беременности недифференцированная дисплазия соединительной ткани часто сказывается на состоянии мочеполовой системы, становясь причиной нарушений мочеиспускания (недержания мочи, учащённого или затруднённого мочеиспускания, императивных позывов), а также пролапса гениталий у женщин репродуктивного возраста[22,23]. Нередко пролапс тазовых органов формируется даже без родов и акушерских травм тазового дна в анамнезе. Такие формы обусловлены именно патологическими изменениями соединительной ткани наследственного характера[5,6]. Беременность и роды в этом случае играют роль провоцирующих обстоятельств, усиливающих подобный риск.

Вооружённым глазом и «на глазок»

Основная проблема своевременной постановки диагноза дисплазии соединительной ткани и, как следствие, упущение момента своевременной профилактики — трудность диагностики состояния. Важен комплексный диагностический подход, включающий сбор анамнеза, комплекс анализов, в том числе дорогостоящих и труднодоступных (биохимический и молекулярно-генетический методы), фиксацию клинических изменений, в том числе визуально заметных.

С целью диагностики дисплазии соединительной ткани применяют:

- инструментальные методы исследования (допплеровскую эхокардиографию, УЗИ органов брюшной полости и малого таза, рентгенографию тазобедренных суставов, КТ или МРТ позвоночника);
- морфологические и гистохимические исследования, позволяющие обнаружить дегенеративно-дистрофические изменения в тканях, нарушения строения волокон коллагена, атрофию мышечного слоя сосудистой стенки;
- молекулярно-генетические исследования (крайне редко и только для диагностики дифференцированных дисплазий, поскольку метод сложен и затратен);
- лабораторные исследования для изучения метаболизма в соединительной ткани (определение гликозаминогликанов в суточной моче, свободных аминокислот в сыворотке крови и др.);

- определение иммунного статуса (содержание иммуноглобулинов классов A, M, G, E, циркулирующих иммунных комплексов, C3- и C4-компонентов комплемента) позволяет судить о состоянии гуморального иммунитета и склонности к аутоиммунным заболеваниям у пациентов с нарушением строения соединительной ткани.

Теоретически любой из вышеназванных методов ценен в обследовании пациентки, однако с практической точки зрения многие из них труднодоступны для рядового врача. К сожалению, до сих пор не разработаны чёткие критерии диагностики дисплазии соединительной ткани. Учитывая всё это, гинекологу целесообразнее всего полагаться на внутренние и внешние признаки состояния, поскольку существует несколько весьма информативных «зацепок»-маркеров. Крайне важно обратить внимание на сердечно-сосудистые и лёгочные проблемы в анамнезе, особенности строения тела и скелета, состояние кожных покровов. Чем больше фенотипических признаков обнаружит врач при визуальном осмотре, тем выше шанс диагностировать критичные изменения в соединительной ткани внутренних органов.

Так, астеничная фигура с длинными конечностями, нарушение осанки, обнаружение стрий на теле — серьёзный повод для включения пациенток в группу риска дисплазии соединительной ткани, несмотря на то что подобные эстетические проблемы касаются 50–90% всех женщин в популяции[24].

Стрии, в среде пациенток более известные под названием растяжек, возникают в связи с механическим растяжением кожи и разрывом волокон соединительной ткани вследствие потери коллагена и эластина, сопровождаемыми истончением эпидермиса. У женщин, особенно в период активного физического развития во время пубертата и при беременности[25], стрии чаще всего возникают на коже бёдер, талии, ягодицах и в других местах отложения жира[26].

Есть доказательства того, что наличие стрий на коже повышает вероятность образования внутрибрюшных спаек после операции кесарева сечения (у женщин с лёгкой и тяжёлой степенью выраженности растяжек — в 30 и 50% случаев соответственно[27]), а также риск несостоятельности рубца. Именно поэтому при первом в жизни женщины со стриями кесаревом сечении (либо при других оперативных вмешательствах со входом в брюшную полость) следует оценить целесообразность интраоперационного применения противоспаечных средств.

Обнаружение стрий следует учитывать и при планировании тактики родоразрешения[21]: заблаговременная госпитализация позволит предупредить риски, связанные со стремительными родами вне родильного дома, также женщинам со стриями и рубцом на матке не показаны роды через естественные родовые пути (поскольку повышен риск расхождения рубца).

В ходе оперативного родоразрешения возможны технические сложности, связанные с избыточным спайкообразованием (стационар III уровня, при необходимости следует включить в состав оперирующей бригады абдоминального хирурга).

В контексте профилактики послеродового пролапса весьма целесообразна заблаговременная подготовка беременной (выполнение гимнастики для укрепления мышц тазового дна с отработкой техники упражнений по принципу биологической обратной связи). При хирургическом лечении уже совершившегося опущения тазовых органов не следует надеяться на аутопластику — собственные ткани в данном случае не обладают требуемыми параметрами эластичности. Именно поэтому в такой ситуации наиболее целесообразно использование сетчатых протезов для предупреждения рецидива пролапса[28].

Лечение: каждому — своё

Вследствие этиопатогенетической вариабельности и разнообразия клинических признаков синдрома единого мнения относительно ведения таких пациенток нет. Тем не менее важно учитывать индивидуальные особенности каждой женщины и выстраивать врачебную тактику, отталкиваясь от них. Однако можно выделить несколько аспектов ведения пациенток, позволяющих улучшить их состояние и предотвратить развитие осложнений[29].

- физиотерапия (электрофорез 2% раствора меди сульфата или 3% раствора натрия бромида на воротниковую зону, дарсонвализация, контрастный душ, соляно-хвойные ванны и др.) способствует улучшению состояния связочного аппарата, нормализации сосудистого тонуса и общему укреплению организма.

Страсти по магнию

Активное изучение патогенеза синдрома дисплазии соединительной ткани позволило установить, что наряду с генетическими особенностями синтеза коллагена весьма значим (и опасен в клиническом плане) дисбаланс микроэлементов, точнее снижение содержания в организме ионов магния. Именно магний входит в состав соединительной ткани и участвует в регуляции локального обмена веществ. Нередко нарушение синтеза коллагена, наблюдаемое у пациенток с недифференцированной дисплазией соединительной ткани, обусловлено именно гипомагниемией как алиментарного генеза, так и вследствие генетически обусловленного дефекта работы протонных помп[30].

[Чем больше фенотипических признаков обнаружит врач при осмотре, тем выше шанс диагностировать критичные изменения в соединительной ткани внутренних органов и вовремя провести профилактику.]

Сгладить ситуацию

Многие женщины не понаслышке знают, как растяжки портят внешний вид. К сожалению, избавиться от уже появившихся стрий невозможно (по крайней мере, с помощью консервативных методов лечения). Однако значительно сократить риск их образования (например, во время беременности и кормления грудью или при резком наборе массы тела[25]) и заметно улучшить внешний вид уже образовавшихся «несовершенств» современные средства для местного применения могут вполне успешно[31].

Так, минеральные масла, свойства которых давно и хорошо известны[32–34], создают на коже защитный слой, препятствующий испарению влаги и защищающий гидролипидную «мантию». Активные вещества в составе разнообразных косметических продуктов создают на покровах водонепроницаемую плёнку, длительно увлажняют кожу, улучшают микроциркуляцию, тем самым налаживая обмен веществ и эластичность покровной ткани.

Например, в состав косметического средства Bio-Oil, стабильно востребованного на косметологическом рынке с 1987 года, входят хорошо изученные дерматологами компоненты, каждый из которых оказывает благотворное влияние на кожу.

- Базовый ингредиент, PurCellin Oil, уменьшает плотность масла и обеспечивает его быстрое впитывание после нанесения. Этот компонент — аналог натурального масла, которое выделяется из копчиковой железы утки, покрывая оперение тонкой плёнкой и делая его недоступным для воды. Без этого свойства вода не стекала бы «как с гуся», а проникала бы внутрь перьев, увеличивая вес птицы и лишая её возможности плавать.
- Ретинол (витамин А) повышает плотность эпидермиса и эластичность кожи путём стимуляции синтеза коллагена I и III типов. При этом о передозировке вещества и риске для беременных можно не беспокоиться: чтобы превысить допустимую суточную дозу (5000 МЕ в период беременности), женщине придётся ежедневно впитывать кожей около двух флаконов средства (120 мл).
- Сумма токоферолов (витамин Е) обладает антиоксидантными и ранозаживляющими свойствами, увлажняет эпидермис, смягчает кожу, способствует выравниванию тона кожи и уменьшению пигментации (препятствует образованию избыточного количества меланина).
- Масло ромашки оказывает противовоспалительное действие[35], смягчает и успокаивает кожу.
- Масло лаванды повышает плотность кожи и восстанавливает её естественный рельеф; природный антисептик.
- Масло календулы активизирует репарацию тканей[35].
- Масло розмарина оказывает антисептическое действие и уменьшает избыточную выраженность воспалительных реакций. Опасения по поводу риска применения этого компонента во время беременности безосновательны: доля розмаринового масла в составе Bio-Oil составляет не более 0,05%, в то время как нежелательная концентрация при наружном применении — в 100 раз больше (5% — по оценке этого компонента Американским токсикологическим советом).

Комплексный состав средства Bio-Oil и косметический потенциал его компонентов дают возможность сделать рубцовую ткань стрий более мягкой и эластичной, значимо улучшить внешний вид кожи, что подтверждено результатами сразу нескольких исследований[36,37]. Все участницы клинических испытаний применяли увлажняющее масло дважды в день на протяжении 8–12 нед, после чего исследователи зафиксировали заметную положительную динамику улучшения состояния кожи. Пациентки особо отметили уменьшение пигментации и толщины стрий, улучшение пластичности тканей и микрорельефа кожи.

- Лечебная физкультура необходима в регулярном режиме (3–4 занятия в неделю по 20–30 мин) и под контролем врача. Показаны также умеренные физические упражнения аэробного типа трижды в неделю по 40–60 мин, динамические нагрузки (плавание, ходьба, бег, езда на велосипеде и др.). При этом противопоказаны травмоопасные занятия — тяжёлая атлетика, дайвинг, групповые виды спорта, бесконтрольные растяжки и вытягивание позвоночника.
- Массаж позволяет улучшить трофику скелетной мускулатуры и суставов и устранить мышечный спазм. Рекомендовано назначать пациенткам два курса в год по 12–15 процедур каждый.
- Метаболическая медикаментозная терапия направлена на улучшение обменных процессов в соединительной ткани и активацию синтеза коллагена. С этой целью назначают витаминно-минеральные комплексы, аминокислоты, биостимуляторы, хондропротекторы, флебопротекторы, средства для поддержания микроэкологии кишечника и др.

Улучшение внешнего вида (увлажнение, смягчение, повышение эластичности, выравнивание цвета и структуры кожи) — одна из важных потребностей женщин, имеющих недифферинцированную дисплазию соединительной ткани.

Иногда кажется, что нами управляют обстоятельства: кризисы, болезни, репродуктивные потери. Однако можно попытаться взять контроль над ситуацией в свои руки, заранее спрогнозировать вероятную проблему и предпринять меры профилактики — в большинстве случаев это действительно возможно. Тактика врача состоит в том, чтобы знать о маркерах (в данном случае — дисплазии соединительной ткани), научиться их замечать и анализировать, и тем самым эффективно управлять обстоятельствами самим, в большинстве случаев играя не опережение. SP

Библиографию см. на с. 146–150.

Товар сертифицирован. Рекламодатель ООО «НТС «Градиент». Реклама

Bio-Oil® (Био-Оил) – это косметическое масло, специально разработанное для уменьшения видимости рубцов, стрий и неровного цвета кожи. В его составе натуральные масла, витамины и революционный по своему действию ингредиент PurCellin Oil™. Для получения более подробной информации о продукте и результатах клинических испытаний ознакомьтесь с информацией на сайте bio-oil.com. Bio-Oil является лидером продаж среди продуктов от рубцов и стрий в 20 странах

*все звонки на телефон горячей линии Bio-Oil на территории РФ бесплатны.