

УДК 618.175-007.17.615.2

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОКСИПРОЛИНА У ДЕВУШЕК С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ ПРИ ПЕРВИЧНОЙ ДИСМЕНОРЕЕ

О.А. Якубова,

Андижанский медицинский институт, Республика Узбекистан

Якубова Олтиной Абдуганиевна – e-mail: khurshidakhon@gmail.com

В целях установления взаимосвязи ювенильной дисменореи и дисплазии соединительной ткани (ДСТ) у девушек 13–17 лет было исследовано содержание свободного оксипролина в суточной моче. Уровень секреции оксипролина в моче у девушек с ювенильной дисменореей был достоверно выше, чем у практически здоровых девушек, более выраженный при наличии признаков ДСП. Выявлена сильная прямая корреляционная связь между содержанием оксипролина в моче и степенью тяжести дисменореи у девушек с ДСТ. Значительная оксипролинурия указывает на увеличение скорости распада коллагена в организме, что следует учитывать при диагностике и лечении данной патологии, а также профилактике рецидивов с нарушением репродуктивной функции.

Ключевые слова: гинекология, ювенильная дисменорея, дисплазия соединительной ткани, оксипролин.

In order to establish relationship between juvenile dysmenorrhea and connective tissue dysplasia (CTD) in girls aged of 13–17 years, we studied the content of free hydroxyproline in daily urine. The level of hydroxyproline in urine secretion in girls with juvenile dysmenorrhea was significantly higher than in healthy women, more pronounced in presence of CTD. A strong direct correlation between the content of hydroxyproline in urine and severity of dysmenorrhea in women with CTD was revealed. Hydroxyprolinuria indicates an increase in the rate of decay of collagen in the body that should be considered when diagnosing and treating this disease and prevent recurrence and reproductive dysfunction.

Key words: gynecology, juvenile dysmenorrhea, connective tissue dysplasia, hydroxyproline.

Введение

Подростковый период является одним из ответственных в жизни женщины, когда происходит становление образа жизни, вырабатываются стиль и стереотипы поведения, включая сексуальное и репродуктивное. Возрастная группа юных женщин в возрасте 12–19 лет заслуживает особого внимания, так как формирует фон и структуру осложнений беременности и перинатальной патологии в будущем, в значительной степени определяя здоровье следующих поколений. По выраженности процессов, протекающих в организме, подростковый возраст занимает второе место после периода новорожденности. Жан Жак Руссо назвал его «вторым рождением человека» [1, 2, 3].

В структуре гинекологической заболеваемости у девочек подростков дисменорея занимает одно из ведущих мест. Ежемесячное ожидание боли отражается на общем самочувствии, эмоциональной и психической деятельности девушек.

Выявлена прямо пропорциональная зависимость тяжести дисменореи от социального положения, характера и условий труда, что вынуждает рассматривать эту проблему не

только как медицинскую, но и как серьезную социальную задачу [4].

В последние годы все большее значение в развитии патологических состояний придается недифференцированным формам дисплазии соединительной ткани (НДСТ). ДСТ – врожденная аномалия, обусловленная нарушением структуры волокнистых компонентов (коллагена) или основного вещества и проявляющаяся в снижении ее прочности. Это конституциональная слабость соединительной ткани. Коллагеновые дефекты могут быть связаны с взаимодействием наследственных факторов и факторов окружающей среды. Внутритазовая фасция постоянно реагирует на механические воздействия и обмен веществ, гормональную и неврологическую активность. Выяснение роли коллагена в этиологии дисменореи – область активных научных поисков [3, 4, 6].

Одним из биохимических маркеров патологии соединительной ткани служит оксипролин.

Цель исследования: установление взаимосвязи ювенильной дисменореи и дисплазии соединительной ткани.

Материалы и методы

Исследование свободного оксипролина в суточной моче проведено у 30 пациенток с ювенильной дисменореей, имеющих клинические признаки ДСТ, и у 34 пациенток, не имевших признаков ДСТ. При выявлении признаков ДСТ мы пользовались балльной шкалой В.М. Яковлева с соавт. (1992) [6]. В 1-ю группу входили девушки, у которых была выявлена умеренно-выраженная ДСТ (от 10 до 16 баллов). Нами были выявлены следующие критерии степени выраженности ДСТ:

- малые признаки (1 балл): астенический тип телосложения или недостаточная масса тела; мышечная гипотония и низкие показатели манометрии; уплощение свода стопы; склонность к легкому образованию синяков, повышенная кровоточивость тканей; вегетососудистые дисфункции; нарушение ритма и проводимости сердца (ЭКГ);

- большие признаки (2 балла): сколиоз, кифоз, кифосколиоз; плоскостопие II–III степени; эластоз кожи; гиперподвижность суставов, склонность к вывихам, растяжениям связочного аппарата суставов; склонность к аллергическим реакциям и простудным заболеваниям, тонзилэктомия в анамнезе; варикозная болезнь, геморрой; дискинезия желчевыводящих путей; нарушение эвакуационной функции желудочно-кишечного тракта (ЖКТ); пролапс гениталий и грыжи у родственников первой линии;

- тяжелые проявления и состояния, приведшие к хирургическим вмешательствам или имеющие показания к ним, а также изменения анатомических взаимоотношений, приведшие к нарушению функции органов (3 балла): грыжи; спланхоптоз; варикозная болезнь и геморрой (оперативное лечение), хроническая венозная недостаточность с трофическими нарушениями; привычные вывихи суставов или вывихи более 2 суставов; нарушения моторной функции ЖКТ, подтвержденные лабораторными методами исследования; дивертикулы, долихосигма; поливалентная аллергия, тяжелые анафилактические реакции.

Сумма баллов менее 9 оценивалась как легкая степень тяжести или маловыраженная, от 10 до 16 – средняя степень тяжести – умеренно выраженная, от 17 и более – тяжелая степень – выраженная.

Состояние соединительной ткани изучали также путем определения суточной экскреции метаболитов соединительной ткани – оксипролина в суточной моче по методу П.Н. Шареева [5].

Статистическая обработка и проверка результатов была основана на определении равенства математических ожиданий случайных величин посредством оценки критерия Стьюдента. Средние величины представлены в виде $M \pm \sigma$, где M – среднее арифметическое значение, σ – стандартное отклонение.

Результаты и их обсуждение

Среди девушек обеих групп в возрасте 13–14 лет было 27 (42,1%) человек, 15–16 лет – 31 (48,4%) и 17 лет – 6 (9,3%) девушек. Среди девушек первичная дисменорея легкой степени выявлена у 15 (23,4%), средней степени – у 25 (39%) и тяжелой степени – у 24 (37,5%) пациенток.

Изучение рода деятельности показало, что 18 (28,1%) девушек в обеих группах учились в институте, в 1-й группе преобладали девушки, занимающиеся в колледжах и лицеях – 26 (86,6%), большинство из них (28; 93,3%)

жительницы сельских местностей. Материально-бытовые условия девушек обеих групп у 26,4% оценены со слов больных как удовлетворительные, у остальных 73,6% как неудовлетворительные.

52,1% девушек занимались одновременно учебой в кружках по предметам. Из соматического анамнеза матерей выяснено, что 42,8% перенесли детские инфекции, 15,7% в детстве часто отмечали простудные заболевания, 2,8% перенесли пневмонию, 26,4% – тонзиллит, 5,7% – ревматизм, 7,1% – гастрит, колит, 8,5% перенесли вирусный гепатит, 4,2% переболели дизентерией. Аппендэктомия перенесли 2,14%, тонзилэктомия – 2,8% девушек. У 58 (41,4%) матерей девушек с первичной дисменореей отмечалось запоздавшее менархе (после 15 лет). Изучение их акушерского анамнеза показало, что у 17 (12,1%) женщин было бесплодие и у 9 (6,4%) мертворождение.

Анализ девушек с первичной дисменореей показал, что у 83 (59,2%) болезненные менструации были с менархе, т. е. с первой менструацией, у 38 (27,1%) девушек тяжесть дисменореи со временем нарастала, т.е. дисменорея была декомпенсированная, а у 7 (5%) девушек боль не исчезала даже при применении анальгетиков. Первым ребенком в семье были 9 (10,8%), вторым – 24 (28,9%), третьим – 29 (34,9%), четвертым – 12 (14,5%) и пятым – 9 (10,8%) девушек.

Таким образом, среди больных ювенильной дисменореей почти 62,3% девушек выросли в многодетной семье и в детстве страдали различными инфекционными и воспалительными заболеваниями.

Средний возраст матерей при рождении детей находился в пределах 24–25 лет, роды старше 30 лет среди матерей больных девушек наблюдались в 28,9% случаев. У 23 (76,6%) девушек 1-й группы по результатам карт обследования отмечался дефицит массы тела, а во 2-й группе – у 13 (38,2%). У 17 (56,6%) девушек 1-й группы отмечалась склонность к легкому образованию синяков, повышенная кровоточивость тканей.

Основная группа была разделена на подгруппы в зависимости от степени тяжести дисменореи. При изучении экскреции оксипролина в моче у девушек с дисплазией соединительной ткани получены следующие результаты (таблица).

ТАБЛИЦА.

Уровень оксипролина у девушек с первичной дисменореей и наличием дисплазии соединительной ткани

Показатель	Контроль	Дисменорея легкой степени	Дисменорея среднетяжелой степени	Дисменорея тяжелой степени
	n=34	n=7	n=11	n=12
Оксипролин в моче, мкг/мл	18,896±1,104	45,4±19,8*	41,48±9,52*	57,0±16,8*
Оксипролин свободный, мкг/мл	10,264±1,136	14,0±3,9*	18,25±5,15*	32,1±5,4*
Оксипролин связанный, мкг/мл	8,632±1,368	21,9±10,2*	17,98±4,42*	29,8±7,3*

Примечание: * - $p < 0,05$.

Уровень секреции оксипролина в моче у девушек с ювенильной дисменореей был достоверно выше, чем у практически здоровых девушек. Следовательно, распад коллагена более выражен у девушек с ювенильной дисменореей и признаками дисплазии соединительной ткани. Следует отметить, что выраженность распада коллагена находится в

зависимости от степени тяжести дисменореи, чем выше степень тяжести дисменореи, тем выше уровень оксипролина в моче. Нами выявлена сильная прямая корреляционная связь между содержанием оксипролина в моче и степенью тяжести дисменореи у девушек с ДСТ, которая составила $r=1,0$. Проведенный анализ показал наличие высокого уровня свободного оксипролина ($p<0,05$) у всех пациенток с ДСТ ($p<0,05$). Значительная оксипролинурия указывает на увеличение скорости распада коллагена в организме. Генерализованный характер поражения соединительной ткани с вовлечением в патологический процесс репродуктивной системы, несомненно, отрицательно сказывается на менструальной функции. На первых этапах развития диспластического процесса ни клинические, ни биохимические его признаки в ряде случаев не могут являться основой для объективного прогноза клинического течения ДСТ, так как все они на тот момент еще недостаточно выражены. Поэтому очень важен поиск таких маркеров, которые бы отличились стабильностью на протяжении всей жизни пациентки и имели устойчивую связь с основными клиническими проявлениями заболеваний.

Выводы

Таким образом, определение оксипролина в моче важно с точки зрения ранней диагностики повышенного распада коллагена у больных с ювенильной дисменореей, имеющих признаки ДСТ. ДСТ играет определенную роль в патогенезе первичной дисменореи, а недооценка состояния соединительной ткани приводит к увеличению частоты рецидивов заболевания с последующим нарушением репродуктивной функции.



ЛИТЕРАТУРА

1. Макаров О.В., Сметник В.П., Доброхотова Ю.Э. Синдром постгистерэктомии. М. 2006. С. 135-167.
2. Радзинский В.Е. Перинеология. М.: МИА, 2006. С. 64-124.
3. Сметник В. П., Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология: руководство для врачей. М. 2001. С. 227-238.
4. Смольнова Т.Ю., Буянова С.Н., Савельев С.В., Петрова В.Д. Дисплазия соединительной ткани как одна из возможных причин недержания мочи у женщин с пролапсом гениталий. Урология. 2001. № 2. С. 25-30.
5. Шараев П.Н. Биохимические методы анализа показателей обмена биополимеров. Ижевск. 1990. С. 4-5.
6. Яковлев В.М., Нечаева Г.И. Кардио-респираторные синдромы при дисплазии соединительной ткани. Омск. 1994. С. 13.