

Особенности течения беременности и перинатальные исходы у женщин с варикозной болезнью

М.Я. Камилова, Ш.С. Касымова

ГУ «Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии» МЗ и СЗН Республики Таджикистан

Ретроспективно изучены частота осложнений беременности, перинатальные исходы у 250 женщин с варикозной болезнью (основная группа) и у 250 женщин без соматической патологии (контрольная группа).

Выявлено, что частота осложнений беременности у пациенток с варикозной болезнью высока: тяжёлая преэклампсия ($4,0 \pm 1,2\%$), умеренная преэклампсия ($4,8 \pm 1,4\%$), отслойка нормально расположенной плаценты ($4,4 \pm 1,3\%$), многоводие ($12,4 \pm 2,1\%$), маловодие ($7,2 \pm 1,6\%$), нарушения маточно-плодово-плацентарного кровотока ($21,6 \pm 2,6\%$), дородовый разрыв плодных оболочек ($25,6 \pm 2,7\%$), синдром задержки развития плода ($9,6 \pm 1,9\%$).

Установлено, что варикозная болезнь является фактором риска развития плацентарной недостаточности (ПН) – RR=1,80; DI – от 1,19 и до 2,71. Показано, что высокая частота ПН у беременных с варикозной болезнью (31,6%) обуславливает достоверное снижение средних значений антропометрических показателей новорождённых и оценки по шкале Апгар по сравнению с соответствующими показателями в контрольной группе.

Ключевые слова: варикозная болезнь, плацентарная недостаточность, осложнения беременности, перинатальные исходы

Актуальность. Плацентарная недостаточность – это осложнение беременности, которое может приводить к неблагоприятным последствиям. Плацентарная недостаточность, приводящая к развитию задержки роста плода, является второй причиной перинатальной смертности после недоношенности и превышает в 6-10 раз смертность среди детей с нормальными массо-ростовыми параметрами [1]. Рост плода представляет собой многофакторное явление, зависящее от правильного взаимодействия системы мать – плацента – плод. Если эта система работает правильно, то в плаценту поступает не менее 600 мл/мин материнской крови, обеспечивающей не менее 40% кислорода и 70% глюкозы объёмов, содержащихся в крови матери. Создание условий для формирования кровотока с низкой резистентностью, уменьшением сосудистого сопротивления в плодовом и маточном бассейне – это физиологические изменения, способствующие росту и развитию плода [2]. При развитии плацентарной недостаточности в системе мать – плацента – плод снижены компенсаторно-приспособительные реакции, и к плоду поступают питательные вещества в недостаточном количестве [3]. Вторичная ПН проявляется во второй половине беременности при уже сформированной плаценте и обусловлена экзогенным влиянием. Наиболее частыми причинами вторичной ПН

являются состояния, влияющие на периферическую гемодинамику [1].

Несмотря на повышенный интерес специалистов к проблеме плацентарной недостаточности, до сих пор не до конца изучена значимость некоторых соматических заболеваний как факторов риска плацентарной недостаточности. Одним из таких соматических заболеваний является варикозная болезнь, зачастую осложняющаяся во время беременности венозной недостаточностью [4]. При варикозной болезни у беременных женщин наблюдается генерализованное нарушение всех функций эндотелия, что сопровождается нарушением регуляции сосудистого тонуса, увеличением прокоагулянтной, проагрегантной, антифибринолитической и противовоспалительной активности эндотелия [5]. Изменение состояния гемостаза приводит к венозной недостаточности из-за гиперкоагуляции и дисфункции эндотелия, характеризующейся снижением синтеза окиси азота [6]. Течение беременности, родов, послеродового периода у пациенток с варикозной болезнью отличается достаточно высокой частотой преэклампсий, патологии пуповины, хронической гипоксии плода, несвоевременного излития околоплодных вод, слабости родовой деятельности, преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты,



кровотечений в последовом и раннем послеродовом периодах, послеродового эндометрита [7,8].

Для разработки алгоритмов ведения беременных с варикозной болезнью, с учётом дифференцированных подходов, необходимо изучить перинатальные исходы у этого контингента беременных.

Цель исследования: изучение особенностей течения беременности, родов и перинатальные исходы у беременных с варикозной болезнью.

Материал и методы. Для достижения поставленной цели проведён ретроспективный анализ 250 историй родов беременных с варикозной болезнью (основная группа) и 250 – беременных без какой-либо соматической патологии (контрольная группа), поступивших в клинику ГУ «НИИ АГиП МЗ и СЗН РТ» за период с 2012 по 2015 гг.

Критериями включения в основную группу явились репродуктивный возраст, беременность, наличие варикозной болезни, проявления которой имели место до настоящей беременности. Критериями исключения явилось варикозное расширение вен ног, диагностированное при настоящей беременности.

Диагноз варикозной болезни устанавливали по классификации хронических заболеваний вен СЕАР, разработанной в 1994 г. и обновлённой в 2009 г. [9]. Классификация предусматривает этиологический, клинический, анатомический и патофизиологический моменты данного заболевания. Наиболее широко используется клинический раздел данной классификации. У беременных женщин также целесообразно учитывать этиологический раздел данной классификации. Критериями включения в контрольную группу были репродуктивный возраст, беременность. Критериями исключения из контрольной группы явилось наличие какой-либо соматической патологии.

Нарушения плодово-плацентарного кровотока устанавливали по данным доплерометрии маточных артерий (маточно-плацентарный кровоток), артерии пуповины (плодово-плацентарный кровоток), в нисходящем отделе аорты плода (плодовый кровоток). Определяли показатели сосудистой резистентности артериальных сосудов: пульсационный индекс (ПИ), индекс резистентности (ИР), систоло-диастолическое отношение (СДО). Использовали классификацию степени тяжести нарушений маточно-плацентарно-плодового кровотока, согласно которой выделяли 3 степени тяжести гемодинамических нарушений:

1-я степень (А и Б) – нарушение маточно-плацентарного при сохранённом плодово-плацентарном кровотоке и нарушение плодово-плацентарного кровотока при сохранённом маточно-плацентарном кровотоке.

2-я степень – одновременное нарушение маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотоков, не достигающее критических значений.

3-я степень – критические нарушения плодово-плацентарного кровотока при неизменённом или изменённом маточно-плацентарном кровотоке.

Полученные результаты обрабатывали методом вариационной статистики с использованием критериев Стьюдента (программа Microsoft Excel). Вычисляли $M \pm m$. Статистически значимыми считали различия при $P < 0,05$. Относительный риск (RR) и доверительные интервалы вычисляли с использованием программы SPSS-20. Значения RR считали статистически значимыми, если его величина находилась в пределах рассчитанного доверительного интервала.

Результаты и их обсуждение. Среди женщин основной группы первобеременных было 33 (13,2%), повторнобеременных – 155 (62%), многорожавших – 63 (25,2%). Первобеременных в контрольной группе было 38 (15%), повторнобеременных – 160 (64%), многорожавших – 52 (20,8%). Гинекологические заболевания в анамнезе имели 8 (3,2%) женщин основной группы и 6 (2,4%) – контрольной группы. Отягощённый акушерский анамнез отмечен у 74 (29,6%) женщин основной группы, течение настоящей беременности осложнилось у 177 (70,8%).

Согласно классификации хронических заболеваний вен СЕАР (клинический раздел), 216 (86,6%) пациенток отнесены к группе С2, 34 (13,6%) – к группе С3. Среди обследованных женщин основной группы все беременные имели первичную варикозную болезнь (Ер).

Частота варикозной болезни среди беременных, поступивших на роды в НИИ АГиП за период с 2012 по 2015 гг., составила 0,69%. Среди женщин с варикозной болезнью нарушения кровотока в системе мать – плацента – плод зарегистрированы у 54 (31,6%) женщин. Относительный риск развития плацентарной недостаточности у женщин с варикозной болезнью составил 1,80 (ДИ – от 1,19 и до 2,71).

Частота осложнений беременности, родов в группах обследованных женщин представлена в таблице 1.

Как видно из представленных данных, частота всех изученных осложнений беременности у женщин с варикозной болезнью была достоверно выше соответствующих показателей в контрольной группе. Наиболее частыми осложнениями беременности в основной группе были дородовый разрыв плодных оболочек ($25,6 \pm 2,7\%$), нарушения кровотока в системе мать – плацента – плод ($21,6 \pm 2,6\%$), СЗРП ($9,6 \pm 1,9\%$). Частота маловодия, сочетающегося с нарушениями маточно-плодово-плацентарного кровотока и являющегося показателем неблагопо-

ТАБЛИЦА 1. ЧАСТОТА ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ СРЕДИ ОБСЛЕДОВАННЫХ ЖЕНЩИН

Осложнения	Группы	
	Основная	Контрольная
Тяжёлая преэклампсия	10 (4,0±1,2%)**	1 (0,4±0,4%)
Умеренная преэклампсия	12 (4,8±1,4%)*	3 (1,2±0,7%)
Отслойка нормально расположенной плаценты	11 (4,4±1,3%)**	2 (0,8±0,6%)
Многоводие	31 (12,4±2,1%)***	7 (2,8±1,0%)
Маловодие	18 (7,2±1,6%)***	2 (0,8±0,6%)
Нарушения маточно-плодово-плацентарного кровотока	54 (21,6±2,6%)***	15 (6,0±1,6)
Дородовой разрыв плодных оболочек	64 (25,6±2,7%)***	18 (7,2±1,6%)
Синдром задержки развития плода	24 (9,6±1,9%)*	9 (3,6±1,2%)

Примечание: * - $p < 0,05$, ** - $p < 0,01$, *** - $p < 0,001$ – статистически значимые отличия частоты осложнений беременности между группами

ТАБЛИЦА 2. РАСПРЕДЕЛЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ ПО СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Группа	Степень тяжести		
	I (компенсированная)	II (субкомпенсированная)	III (декомпенсированная)
Контрольная	7 (46,7±12,9%)	8 (53,3±12,9%)	0
Основная	16 (29,6±6,2%)	24 (44,4±6,8%)	14 (25,9±6,0%)

лучного состояния внутриутробного плода, составила 7,2±1,6%.

Распределение беременных по степени тяжести плацентарной недостаточности представлено в таблице 2.

Как видно из данных, представленных в таблице, среди женщин контрольной группы декомпенсированной степени ПН не отмечено, а компенсированная и субкомпенсированная формы ПН встречались примерно с одинаковой частотой. Почти у каждой второй женщины основной группы с нарушениями кровотока диагностирована компенсированная, у каждой 4-й – декомпенсированная и компенсированная степени тяжести ПН.

Среди женщин с декомпенсированной формой плацентарной недостаточности 11 (32,3±8%) имели ХВН С3 степени варикозной болезни. Эти данные совпадают с результатами исследований, указывающих на неблагоприятное влияние ХВН на функционирование плаценты, на рост и развитие плода.

Нами изучены перинатальные исходы у 200 женщин основной группы: 114 (57,0%) пациенткам произведена операция кесарево сечение, роды через

естественные родовые пути имели 86 (34,4%) женщин с варикозной болезнью. Показаниями к операции кесарево сечение явилась варикозная болезнь тазовых органов у 75 (65,8%), в остальных 39 (34,2%) – акушерские осложнения.

Преждевременно родоразрешены 15 (6%) женщин основной группы, роды в срок произошли у 235 (94%) женщин. Средние показатели антропометрии и оценки доношенных новорождённых по шкале Апгар из обследованных групп женщин представлены в таблице 3.

Как видно из данных, приведённых в таблице, антропометрические показатели и средние баллы оценки новорождённых по шкале Апгар основной группы были достоверно ниже соответствующих показателей в контрольной группе. Высокая частота осложненной беременности, нарушения кровотока в системе мать–плацента–плод, зависимость степени плацентарной недостаточности от выраженности хронической венозной недостаточности, на фоне которых развивается задержка внутриутробного развития плода, определяют более низкие антропометрические показатели новорождённых от матерей с варикозной болезнью. Достоверно более низкие средние значения оценки по шкале Апгар, как на 1-й



ТАБЛИЦА 3. СРЕДНИЕ ПОКАЗАТЕЛИ АНТРОПОМЕТРИИ И ОЦЕНКИ ПО ШКАЛЕ АПГАР У ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ОБСЛЕДОВАННЫХ ГРУПП ЖЕНЩИН

Параметры	Группа	
	Основная	Контрольная
Средняя масса (г)	3255,2±35,4*	3495,3±47,4
Средний рост (см)	50,3±0,2*	52,1±0,3
Оценка по шкале Апгар (1-я мин.) – в баллах	7,5±0,04*	8,1±0,1
Оценка по шкале Апгар (5-я мин.) – в баллах	7,9±0,02*	8,2±0,03

Примечание: * $P < 0,001$ – статистически значимые отличия показателей в сравниваемых группах

минуте, так и на 5-й минуте после рождения, новорожденных от матерей основной группы свидетельствуют о сниженных компенсаторных возможностях плодов матерей с варикозной болезнью, которые чаще рождаются в состоянии асфиксии.

Перинатальная смертность зарегистрирована в 2 случаях среди женщин основной группы. Причиной смерти в одном случае явился врожденный порок развития, несовместимый с жизнью (роды преждевременные). Во втором случае причиной смерти явилась болезнь гиалиновых мембран у новорожденного массой 900,0 грамм, длиной 40 см.

Таким образом, варикозная болезнь является фактором риска развития плацентарной недостаточности. При этом, степень тяжести плацентарной недостаточности определяется степенью тяжести варикозной болезни. Частота осложнений беременности, родов и послеродового периода в основной группе достоверно превышает соответствующие показатели в контрольной группе.

Следовательно, проведенные исследования диктуют необходимость изучения значимости доклинических маркеров диагностики плацентарной недостаточности у женщин с варикозной болезнью, что позволит своевременно проводить терапию данного осложнения беременности и улучшить перинатальные исходы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Доброхотова Ю.Э. Плацентарная недостаточность. Современная терапия. Особенности течения плацентарной недостаточности при варикозной болезни / Ю.Э.Доброхотова, Э.М.Джобава // – М.: Издательство «Адамант Ё». – 2011. – 32с.
2. Акушерство. Национальное руководство / под ред. Э.К. Айламазяна, В.И.Кулакова, В.Е.Радзинского, Г.М.Савельевой. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2009. – 1200с.
3. Щетникова Л.Н. Акушерские осложнения и патология новорожденных у пациенток с варикозной болезнью нижних конечностей / Л.Н.Щетникова, В.Г.Анастасьева // Бюллетень ВСНЦСО РАМН. – 2009. – №4 (68). – С.45-50.
4. Камилова М.Я. Медицинские и социальные факторы развития плацентарной недостаточности у беременных женщин в современных условиях Таджикистана / М.Я.Камилова, Д.М.Рахматуллаева, Ф.Р.Ишан-Ходжаева // Журнал акушерства и женских болезней. – 2015. – Том LXIV.–Вып.6. – С.26-30.
5. Jawien A. The influence of environmental factors in chronic venous insufficiency/ A. Jawien // Angiology. – 2003. – V.54. – Supp I 1. – P. 19-31.
6. Прасол В.А. Особенности хронической венозной недостаточности у беременных / В.А.Прасол, И.А.Тарабан, Е.В.Мишенина // KHARKIV SURGICAL SCHOOL. – 2012. – № 4 (55). – С. 103-108.
7. Шостак В.А. Варикозная болезнь и хроническая венозная недостаточность в практике гинеколога / В.А. Шостак// Медицинские новости. – 2012. – №10 – С. 29-32.
8. Курбанова Р.С. Особенности течения гестации у беременных с варикозной болезнью и железодефицитной анемией / Р.С.Курбанова, С.-М.А. Омаров // Вестник новых медицинских технологий. – 2009. – Т. XVI. – №3. – С.47.
9. Российские клинические рекомендации по диагностике и лечению хронических заболеваний вен / В.С.Савельев, А.В.Покровский, И.И.Забевахин // Флебология. – 2013. – Т.7. – Вып.2. – С. 8-42.



Summary

Features of gestation course and perinatal outcomes in women with varicose disease

M.Ya. Kamilova, Sh.S. Kasymova

SI «Scientific Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology»
the Ministry of Health and the SPP Republic of Tajikistan

Retrospectively are studied the frequency of pregnancy complications, perinatal outcomes in 250 women with varicose disease (study group) and in 250 women without somatic diseases (control group).

The incidence of pregnancy complications in patients with varicose disease is high: severe preeclampsia ($4,0 \pm 1,2\%$), mild preeclampsia ($4,8 \pm 1,4\%$), placental abruption ($4,4 \pm 1,3\%$), polyhydramnios ($12,4 \pm 2,1\%$), oligohydramnios ($7,2 \pm 1,6\%$), violation of utero-placental blood flow ($21,6 \pm 2,6\%$), prenatal rupture of membranes ($25,6 \pm 2,7\%$), fetal growth retardation syndrome ($9,6 \pm 1,9\%$).

It was found that varicose disease is a risk factor for the development of placental insufficiency (PI) – $RR=1,80$; DI – and from 1,19 to 2,71. It is shown that the high frequency of PN in pregnant women with varicose disease (31,6%) leads to a significant decrease in the mean values of anthropometric neonatal indices and estimation by Apgar scores compared with those of the control group.

Key words: varicose disease, placental insufficiency, pregnancy complications, perinatal outcomes

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Камилова Мархабо Ядгаровна –
заведующая акушерским отделом НИИ АГиП,
Таджикистан, г.Душанбе, ул. Мирзо Турсунзаде, 31
E-mail: marhabo1958@mail.ru