

Течение гестации при сочетании хронической венозной недостаточности и экстрагенитальной патологии

Астафьева Э.В., заведующая женской консультацией МУ ЦГКБ № 24, г. Екатеринбург

Зильбер М.Ю., д.м.н., профессор, ГОУ ВПО Уральская государственная медицинская академия
Росздрава, г. Екатеринбург

Кротова А.А., клинический ординатор МУ ЦГКБ № 24, г. Екатеринбург

Халина А.В., врач акушер-гинеколог гинекологического отделения МУ ЦГКБ № 24, г. Екатеринбург

Current of gestation at the combination of chronic venous insufficiency and extragenital pathologies

Zilber M.J., Krotova A.A., Astafieva E.V., Halina A.V.

Резюме

В ходе работы проведён анализ характера течения беременности и ее исходов у женщин с сочетанием ХВН и экстрагенитальной патологии. Проведено проспективное исследование 188 беременных. Все женщины имели диагностированную ХВН. Основная группа (n=95) была подразделена на подгруппы, в зависимости от заболевания, сопровождающего течение ХВН: гипертоническая болезнь (n=16), хронический пиелонефрит (n=32) и хронический гастрит (n=47). Группа контроля включала беременных, страдающих только ХВН без другой соматической патологии (n=93). Показано, что ХВН в различных сочетаниях с экстрагенитальной патологией у беременных повышает частоту развития гестационных осложнений и отягощает течение родового акта, что требует заблаговременной коррекции соматических заболеваний при планировании беременности, и продолжения терапии в течение гестации.

Ключевые слова: гестация, хроническая венозная недостаточность, экстрагенитальная патология.

Resume

During work the analysis of character of a current of pregnancy and its outcomes at women with combination chronic venous insufficiency and extragenital pathologies is carried out. It is spent prospective research of 188 pregnant women. All women had diagnosed chronic venous insufficiency. The basic group (n=95) has been subdivided into subgroups, depending on the disease accompanying current chronic venous insufficiency: hypertensive illness (n=16), a chronic pyelonephritis (n=32) and a chronic gastritis (n=47). The control group included the pregnant women suffering only chronic venous insufficiency without other somatic pathology (n=93). It is shown that chronic venous insufficiency in various combinations with extragenital pathology at pregnant women raises frequency of development gestational complications and burdens a current of the patrimonial certificate that demands preliminary correction of somatic diseases at pregnancy planning, and continuations of therapy during gestation.

Key words: pregnancy, extragenital pathology, chronic venous insufficiency.

Введение

Изолированное течение экстрагенитальной патологии у беременных – достаточно редкое явление, и на практике мы чаще встречаем сочетания соматических заболеваний в различных комбинациях. Причины этого понятны: накопление груза наследственных заболеваний, неблагоприятная экологическая обстановка, неправильный образ жизни населения. Немаловажно и отсутствие должной пренатальной подготовки, когда наступившая беременность и не скорректированная соматическая патология взаимно

отягощают течение друг друга.

Беременность, протекая на фоне соматических заболеваний, может ухудшать их течение. С другой стороны, наличие экстрагенитальной патологии негативно отражается на ходе гестации, повышая риск осложнений и неблагоприятных перинатальных исходов. При беременности, вследствие значительных иммунных, гормональных, метаболических изменений в организме матери, часто манифестируют заболевания, которые не выявлялись ранее, или обостряются хронические болезни. Именно из-за специфической гестационной перестройки спиральных артерий, глубины и полноценности инвазии висцеро-синцитиального цитотрофобласта в их стенку, разрушения мышечно-эластических оболочек, вскрытия и последовательного расширения просвета обеспечиваются адекватный прирост маточно-плацентарного кровотока

Ответственный за ведение переписки -
Кротова Алиса Алексеевна,
620028 Екатеринбург, ул. Мельникова д.20, кв. 77;
e-mail: alisakro@yandex.ru

ка и оптимальное развитие плода [1]. При экстрагенитальной патологии эти процессы изменены изначально. Особое место среди экстрагенитального «фона» беременных имеют сердечно-сосудистая патология, заболевания желудочно-кишечного тракта и мочевыделительной системы.

Сердечно-сосудистая патология во время беременности – частая причина преждевременных родов и перинатальной гибели плода. К тому же, по данным ВОЗ, в 20-30% случаев материнской смертности встречалась гипертензия.

Возникновению в 6-10% беременных пиелонефрита [2] способствуют: сдавление мочеточников растущей маткой, наличие очагов инфекции в организме, гормональные изменения, свойственные беременности. Пиелонефрит в 40% случаев неблагоприятно сочетается с поздним гестозом, увеличивая при этом до 30% преждевременные роды [3]. Перинатальная смертность составляет 25 – 50%. У новорожденных находят признаки внутриутробного инфицирования, они более подвержены послеродовым гнойно-септическим заболеваниям [4].

Заболевания желудочно-кишечного тракта у беременных носят характер хронизации. Наиболее распространён хронический гастрит, обостряющийся у 75% женщин и являющийся фоном для развития тяжёлого раннего токсикоза – рвоты беременных до 14-17 недель гестации, – и протекающего в тяжёлом варианте.

Кроме перечисленных заболеваний необходимо упомянуть и хроническую врожденную недостаточность (ХВН), встречающуюся в 35 – 75% случаев и усугубляющую гестационные осложнения. В силу малой специфичности симптомов ХВН, данную патологию не всегда диагностируют на этапе общеклинического обследования. Но часто недоучёт данной патологии может привести к развитию неблагоприятных последствий для матери и плода, повышая вероятность развития плацентарной недостаточности, гестоза, угрожающих преждевременных родов.

В случаях комбинированной экстрагенитальной патологии каждое заболевание вносит свой негативный вклад в формирование гестационных осложнений, проявляясь в более динамичной манифестации, ухудшая течение самих заболеваний. Например, на фоне ХВН, как частного проявления дисплазии соединительной ткани, будет тяжелее протекать хронический пиелонефрит, так как нарушение венозного оттока по нижней полой вене способствует персистенции инфекции в чашечно-лоханочной системе почек.

Цель исследования – проанализировать характер течения беременности и её исходы у женщин с сочетанием ХВН и экстрагенитальной патологии.

Материал и методы

Нами было проведено проспективное исследование группы беременных (n=188), наблюдавшихся в женской консультации МУ ЦГКБ №24. Все женщи-

ны имели диагностированную ХВН, у части из них – сочетанную с другими заболеваниями (гипертоническая болезнь, хронический пиелонефрит и хронический гастрит). Для оценки течения беременности и родов обследованные беременные были разделены на группы. Первая основная группа (n=95) была разделена на 4 подгруппы: 1а подгруппа – беременные с ХВН и хроническим гастритом (n=47), 1б подгруппа – ХВН и хронический пиелонефрит (n=32), 1в – ХВН и гипертоническая болезнь (n=16), 2 – группа контроля, включавшая беременных, страдающих только ХВН без другой соматической патологии (n=93).

В течение беременности все женщины были обследованы с использованием общеклинических, лабораторных (гемостазиограмма) и инструментальных (доплерография сосудов нижних конечностей) методов. Проводилась оценка состояния фетоплацентарного комплекса (биофизический профиль плода, доплерография, кардиотокограмма). Состояние новорождённых оценивалось по шкале Апгар.

Для статистической обработки полученных результатов использовались пакеты прикладных программ Microsoft Excel 2002 и Stat Soft 6.0.

Результаты и обсуждение

Средний возраст пациенток составил 28,17 ± 6,2 года, и был сопоставим во всех подгруппах. В отношении репродуктивного анамнеза беременных в остальных подгруппах не было обнаружено значимых различий. У 13 (6,9%) обследованных женщин наблюдалось нарушение менструального цикла. Из заболеваний репродуктивной системы чаще всего выявлялась эрозия шейки матки – у 70 (37,2%), реже – хронический аднексит – у 42 (22,3%), кисты яичников – у 30 (15,9%) женщин, эндометрит – у 22 (11,7%) и миома матки у 6 (3,2%). Среди инфекций репродуктивной системы наиболее частыми выявлены уреоплазмоз – у 36 (19,2%), генитальная герпес-вирусная инфекция – у 14 (7,4%), цитомегаловирусная инфекция – у 8 (4,3%); микоплазмоз – у 6 (3,2%). Достоверных различий по паритету не было выявлено. У беременных в подгруппах 1а, 1б и 1в, где ХВН сочетается, соответственно, с хроническим гастритом, патологией мочевыделительной и сосудистой систем, достоверно больше выкидышей в анамнезе (1б – у 10 женщин (31,2%), 1в – у 4 женщины (25%), p<0,001, 1а – у 8 (17,1%) пациенток, p<0,01). Привычное невынашивание достоверно чаще наблюдалось в подгруппе 1б (у 5 (15,6%) женщины, p<0,05) (Таблица 1).

В ходе оценки течения беременности (Таблица 2) обнаружено, что в первом триместре в подгруппе 1а достоверно чаще наблюдались токсикоз первой половины беременности (встречался у 15 (31,9%) женщин, p<0,001) и угрожающий выкидыш (у 12 (25,5%) беременных, p<0,05), что связано с обострением хронического гастрита. В подгруппе 1в также часто выявлялся токсикоз (у 4 (25,0%) женщины, p<0,05). Анемия наиболее часто имела место при сочетании ХВН и па-

Таблица 1. Репродуктивный анамнез обследованных женщин

| Акушерский анамнез | | Основная группа n=188 | | | | | | Группа контроля (изолированное течение ХВН) n=93 | |
|--------------------|-------------------|--|---------|---|---------|--------------------------------------|---------|---|------|
| | | ХВН и хронический пиделлефрит n=32 | | ХВН и гипертензивная болезнь n=16 | | ХВН и хронический гастрит n=47 | | | |
| | | абс | % | абс | % | абс | % | | |
| Шарпез | Первые роды | 18 | 56,3 | 6 | 37,5 | 19 | 40,4 | 58 | 62,4 |
| | Повторные роды | 14 | 43,7 | 10 | 62,5 | 28 | 59,6 | 35 | 37,5 |
| Число мес. абортов | нет | 20 | 62,5 | 9 | 56,3 | 23 | 48,9 | 61 | 65,6 |
| | До двух | 7 | 21,9 | 6 | 37,5 | 19 | 40,4 | 30 | 32,2 |
| | Более двух | 5 | 15,6*** | 1 | 6,2* | 5 | 10,7*** | 2 | 2,2 |
| Число выкидышей | нет | 17 | 53,1 | 11 | 68,8 | 39 | 82,9 | 80 | 86,0 |
| | До двух | 10 | 31,2*** | 4 | 25,0*** | 8 | 17,1** | 7 | 7,5 |
| | Более двух | 5 | 15,6* | 1 | 6,2 | 1 | 2,2* | 6 | 6,5 |

Примечание. Достоверность различий по сравнению с группой контроля:

* - $p < 0,05$, ** - $p < 0,01$, *** - $p < 0,001$

Таблица 2. Течение беременности

| Особенности течения беременности | | Основная группа n=188 | | | | | | Группа контроля (изолированное течение ХВН) n=93 | |
|-------------------------------------|---------------------------|--|---------|--|--------|--------------------------------------|---------|---|------|
| | | ХВН и хронический пиделлефрит n=32 | | ХВН и гипертензивная болезнь n=16 | | ХВН и хронический гастрит n=47 | | | |
| | | абс | % | абс | % | абс | % | | |
| I триместр | анемия | 14 | 43,8*** | 1 | 6,3 | 4 | 8,5 | 6 | 6,5 |
| | токсемия | 6 | 12,5 | 4 | 25,0** | 15 | 31,9*** | 7 | 7,5 |
| | угроза прерывания | 6 | 18,8 | 2 | 12,5 | 12 | 25,5* | 12 | 12,9 |
| | ОРВИ | 1 | 3,2 | 1 | 6,3 | 2 | 4,7 | 5 | 5,4 |
| II триместр | гестоз легкой степени | 7 | 21,8 | 5 | 31,3* | 4 | 8,5 | 14 | 15,1 |
| | гестоз средней степени | 3 | 9,3 | 2 | 12,5* | 4 | 8,5 | 6 | 6,5 |
| | угроза прерывания | 12 | 37,5* | 5 | 31,5 | 3 | 6,4 | 16 | 17,2 |
| | ОРВИ | 4 | 12,5* | 1 | 6,3 | 3 | 6,4 | 4 | 4,3 |
| | ХПН | 13 | 40,6 | 9 | 56,3* | 10 | 21,2 | 26 | 27,9 |
| III триместр | гестоз | 10 | 31,2 | 5 | 31,5 | 6 | 12,7 | 21 | 22,6 |
| | угроза прерывания | 8 | 25,0 | 3 | 18,8 | 3 | 6,4 | 13 | 13,9 |
| | ОРВИ | 5 | 15,6** | 1 | 6,3 | 1 | 2,1 | 4 | 4,3 |
| | ХПН | 14 | 43,8 | 9 | 56,3 | 13 | 27,7 | 37 | 39,8 |

Примечание. Достоверность различий по сравнению с группой контроля:

* - $p < 0,05$, ** - $p < 0,01$, *** - $p < 0,001$

Таблица 3. Перинатальные осложнения и исходы

| Течение родов и состояние новорожденных | Основная группа n = 188 | | | | | | Группа контроля изолированное течение ХВН n=93 | | |
|---|--|--------|--|--------|---|--------|---|-----|------|
| | ХВН и хронический пидеферрит n = 32 | | ХВН и гипертензивная болезнь n = 16 | | ХВН и хронический гастрит n = 47 | | абс | % | |
| | абс | % | абс | % | абс | % | | | |
| ПНОВ | 2 | 6,3*** | 1 | 6,2*** | 2 | 4,3** | 1 | 1,1 | |
| быстрые стремительные роды | 1 | 3,1 | 2 | 12,5* | 2 | 4,3 | 4 | 4,3 | |
| дискоординация родовой деятельности | 4 | 12,5 | 1 | 6,3 | 1 | 2,1 | 2 | 2,1 | |
| слабость родовой деятельности | 2 | 6,3** | 1 | 6,3** | 4 | 8,5*** | 2 | 2,1 | |
| оперативное родоразрешение | 5 | 15,6* | 2 | 12,5 | 1 | 2,1*** | 7 | 7,5 | |
| патология последа | 3 | 9,4 | 3 | 18,8** | 1 | 2,1* | 5 | 5,4 | |
| Состояние новорожденного | хроническая гипоксия | 8 | 25,0* | 4 | 25,0* | 3 | 6,4 | 10 | 10,8 |
| | СЗРП | 6 | 18,8* | 4 | 25,0* | 2 | 4,3* | 8 | 8,6 |

Примечание. Достоверность различий по сравнению с группой контроля:

* – $p < 0,05$, ** – $p < 0,01$, *** – $p < 0,001$

тологии мочевыделительной системы (встречалась у 14 (43,8%) женщин, $p < 0,001$). Во втором триместре в подгруппе 1в чаще наблюдались: гестоз легкой степени тяжести (у 5 (31,3%) женщин, $p < 0,05$) и средней степени тяжести (у 2 (12,5%) беременных, $p < 0,05$), а также хроническая плацентарная недостаточность (у 9 (56,3%) женщин, $p < 0,05$), а угрожающий выкидыш – в подгруппе 1б (у 12 (37,5%) беременных, $p < 0,05$). В подгруппе 1б достоверно чаще выявлялись ОРВИ (у 4 (12,5) беременных, $p < 0,05$). В третьем триместре указанная закономерность сохранилась. Увеличилась доля ОРВИ в подгруппе 1б (отмечались у 5 (15,6%) беременных, $p < 0,01$). За исключением первого триместра, в подгруппе 1а все показатели были более благоприятными, чем в других подгруппах.

Особенности течения родов и состояния новорожденных в группах сравнения отражены в таблице 3. Преждевременное излитие околоплодных вод (ПНОВ) было достоверно чаще представлено в подгруппах 1а (у 2 (4,3%) женщин, $p < 0,01$), 1б (у 2 (6,3%), $p < 0,001$) и 1в (у 1 (6,2%) беременной, $p < 0,001$). Быстрые и стремительные роды чаще имели место в подгруппе 1в (у 2 (12,5%) женщин, $p < 0,05$). Было установлено, что слабость родовой деятельности (СРД) чаще всего присутствовала в подгруппе 1а (у 4 (8,5%)

женщин, $p < 0,001$), затем следуют подгруппы 1б и 1в, в которых частота встречаемости данного состояния была одинаковой (1б – у 2 (6,3%) рожениц, 1в – у 1 (6,3%) женщины, $p < 0,01$). Дискоординация родовой была распространена в подгруппах 1б (у 4 (12,5%) рожениц, $p < 0,001$) и 1в (у 1 (6,3%) женщины, $p < 0,01$). В подгруппе 1а этот показатель совпадал с данными группы контроля. Также в подгруппе 1б преобладало количество случаев оперативного родоразрешения (у 5 (15,6%) женщин, $p < 0,05$) по сравнению с группой контроля. Патологические изменения последа (в 3 (18,8%) случаях, $p < 0,01$), хроническая гипоксия плода (у 4 (25,0%) новорожденных, $p < 0,05$; показатель совпадает с данными подгруппы 1б) и СЗРП (также у 4 (25,0%) детей, $p < 0,05$) чаще встречались в подгруппе 1в и были обусловлены хронической плацентарной недостаточностью. В подгруппе 1б доля хронической гипоксии плода также была значительной – наблюдалась у 6 (18,8%) детей, $p < 0,05$.

Исходя из полученных данных, можно заключить, что присутствие экстрагенитальной патологии в сочетании с ХВН увеличивает частоту гестационных осложнений. Однако при изолированном течении ХВН осложнения беременности также достаточно широко встречаются, что требует обязательного лече-

ния этого заболевания на протяжении беременности.

Во время беременности коррекция экстрагенитальной патологии была комплексной и проводилась по следующим схемам:

1) Лечение ХВН проводилось с учётом клинического класса заболевания по Международной классификации хронических заболеваний вен СЕАР (1994г.). Основная терапия включала лечебный трикотаж 2 класса компрессии («Venoteks»), Магнезии 2-3 раза в сутки – до 3 недель; со 2 триместра – местная лекарственная терапия лиотоном 1000 – до 3 недель. При осложнениях (плацентарная недостаточность) – флебодиа 600 х 2 раза в сутки и дезагреганты (низкомолекулярный гепарин 2 раза в сутки), при необходимости (прогрессирование заболевания, тяжёлый гестоз) – повторными курсами.

В зависимости от сопутствующей экстрагенитальной патологии применялись следующие базовые схемы:

2) Гипертоническая болезнь. Допегит по в 250 мг 2 раза в день в течение 3 – 4 недель в третьем триместре.

3) Хронический пиелонефрит. Канефрон по 50 капель 3 раза в сутки 2 – 3 недели, затем в той же дозе 1 раз в день по неделе в 1 месяц – до родоразрешения.

4) Хронический гастрит. При обострении – Фосфалюгель по 1 – 2 дозированной ложки 3 раза в день за 30-40 мин до еды – в течение 3-4 дней; при болях – папаверин по 2,0 мл 2% внутримышечно 2 раза в день.

Выводы

1. ХВН в различных сочетаниях с экстрагенитальной патологией у беременных повышает частоту развития гестационных осложнений и отягощает течение родового акта.

2. Для предотвращения неблагоприятных перинатальных исходов на фоне лечения ХВН, нужно проводить заблаговременную коррекцию соматических заболеваний при планировании беременности, и продолжать терапию в течение гестации.

3. Даже изолированное течение ХВН ведёт к появлению осложнений беременности, поэтому требуется адекватная терапия данного заболевания на всём протяжении гестационного периода. ■

Литература:

1. Sahm D.F. Thornsberry C Kelly L. J. Infect Urol.-2001.-Vol45.-P 1403-1405.
2. Н.В.Орджоникидзе, А.И.Емельянова, С.Б.Петрова. Профилактика и лечение осложнений у беременных и родильниц с заболеваниями мочевыводящих путей.- Акушерство и гинекология.- Медицина, 2009, № 6 – С. 41-44.
3. Серов В.Н., Тютюнов В.Л. Гестационный пиелонефрит: диагностика, профилактика, лечение.- РМЖ 2008г. том 16, №1 – С. 10-13.
4. В.Е.Радзинский, А.А.Орамзурадов ред. Ранние сроки беременности.-М:Status presens, 2009. – С. 4-12.