

Морфологические исследования плаценты: во 2 триместре характеризуются децидуитом, хориоамнионитом, при вирусном инфицировании наблюдается клеточная инфильтрация с преобладанием лимфоцитов, гигантоклеточный метаморфоз децидуальных клеток базальной пластины, воспалительные изменения во всех слоях плаценты. Для бактериального поражения характерным является массивная лейкоцитарная инфильтрация, гнойно-некротические изменения ворсин хориона, веллунит, незрелые ворсины с отечной стромой, повышенным отложением фибриноида, лейкоцитарной инфильтрацией.

#### **Выводы**

1. Основной причиной самопроизвольного прерывания беременности во втором триместре является раннее формирование плацентарной недостаточности на фоне высокой частоты гинекологической патологии, в частности урогенитальной инфекции.

2. Комплексная своевременная диагностика нарушения гестации 1 триместра и дифференцированный подход к терапии позволит уменьшить потерь беременности 2 триместра.

#### **Литература**

1. Сидельникова В.М., Сухих Г.Т. Невынашивание беременности [Текст]/ В.М.Сидельникова, Г.Т.Сухих. – М.: Морфологические исследования плаценты: во 2 триместре характеризуются децидуитом, хориоамнионитом, при Медицинское информационное агентство, 2010г. – с. 65-69.

2. Тихомиров А.Л., Лубнин Д.М. Основы репродуктивной гинекологии [Текст]/ А.Л.Тихомиров, Д.М.Лубнин – М.: Медпрактика-М, 2003 г. – с. 142-155.

## **ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЗОВ ГЛУБОКИХ ВЕН У БЕРЕМЕННЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ**

*А.А. Кротова<sup>1</sup>, М.Ю. Зильбер<sup>2</sup>*

Центральная городская клиническая больница №24<sup>1</sup>  
Уральская государственная медицинская академия<sup>2</sup>

Беременность является одним из главных факторов риска возникновения хронической венозной недостаточности у женщин – у 35% пациенток первые симптомы заболевания появляются именно во время гестации [1]. При этом до 10% возрастает частота венозных тромбоэмболических осложнений (ВТЭО), к которым относятся тромбозы глубо-

ких и поверхностных вен нижних конечностей и, как правило, являющаяся их следствием, тромбозомболия лёгочной артерии [2]. Актуальность проблемы бесспорна, поскольку ВТЭО до настоящего времени остаются одной из основных причин материнской смертности в развитых странах [3].

Цель исследования – оценить эффективность алгоритма лечения хронической венозной недостаточности в свете профилактики тромбозов глубоких вен во время беременности.

**Материал и методы исследования.** В рандомизированное проспективное исследование было включено 134 беременных с хронической венозной недостаточностью, разделённых на 2 группы. Основная группа – группа 1 (n=67), получала терапию в соответствии с разработанным нами алгоритмом. Группа сравнения – группа 2 (n=67) получала лечение, не упорядоченное в силу различных причин (поздняя постановка на учёт по беременности, отсутствие комплаенса и др.). Всем пациенткам было проведено общеклиническое и гинекологическое обследование, а также консультация флеболога; у всех беременных оценивалось состояние гемостаза и проводилось ультразвуковое дуплексное сканирование сосудов нижних конечностей. Контроль состояния плода осуществлялся путём кардиотонографии и доплерографии. Состояние новорождённых оценивалось по шкале Апгар и по данным антропометрии. Статистическую обработку данных проводили с использованием t-критерия в программном пакете Statistica 6.0.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Группы исследования были сопоставимы по возрасту, длительности анамнеза ХВН и соматической патологии (таблица 1).

Количество беременных с ХВН клинического класса С1 в группах 1 и 2 достоверно не различалось и составило соответственно 47 (70,3%) и 49 (73,1%) женщины. ХВН класса С2 имелась, соответственно, у 9 (13,4%) и 7 (10,5%) беременных. ХВН 3-го клинического класса достоверно чаще наблюдалась у пациенток 2 группы – 9 (13,4%) по сравнению с 10 (14,9%) 1 группы ( $p>0,05$ ), также как и ХВН С4, соответственно, у 2 (2,9%) женщин 2 из группы vs 1 (1,5%) из первой ( $p>0,05$ ).

Пациентки получали лечение, дифференцированное по клиническим классам ХВН (классификация СЕАР, 1994 г.). Терапия, описанная для клинического класса С1, применялась и при более тяжёлых классах патологии, но с использованием дополнительных курсов препаратов.

У 5 (7,5%) женщин второй группы (пациентки, страдавшие ХВН классов С3 и С4), беременность которых осложнилась развитием плацентарной недостаточности (ПН), выявленная внутриутробная задержка развития плода подтвердилась антропометрическими параметрами новорожден-

ных. Новорождённые от беременных 1 группы имели более благоприятное течение раннего неонатального периода. У них достоверно реже наблюдались: хроническая гипоксия – 5 (7,5%) случая в 1 группе vs 13 (19,4%) случаев во второй группе ( $p < 0,001$ ); синдром задержки внутриутробного развития – 9 (13,4%) vs 15 (22,4%) ( $p < 0,05$ ); и респираторный дистресс-синдром – 3 (4,5%) vs 7 (10,5%) ( $p < 0,001$ ).

Таблица 1

Алгоритм лечения ХВН с учётом клинических классов заболевания по классификации СЕАР

Клинический класс С1	<p><b>1. Эластическая компрессия</b> – Компрессионный трикотаж II класса компрессии VENOTEX</p> <p><b>2. Местный флеботоник</b> – со 2 триместра местно лиотон 1000 – до 3 недель</p> <p><b>3. Метаболическая терапия</b> – Магнелис по 2 таблетки 2-3 раза в сутки – 3 недели</p>
Клинический класс С2	<p><i>Как при С1, дополнительно</i> – при осложнениях флебодиа 600 по 1 таблетке 2 раза в сутки в течение 3 недель – при гестозе – дезагреганты</p>
Клинический класс С3	<p><i>Как при С2, дополнительно</i> – Флебодиа 600 – по 1 таблетке 2 раза в сутки – 1 месяц; – фраксипарин 2 раза в сутки подкожно – 5-7 дней</p>
Клинический класс С4	<p><i>Как при С3, дополнительно</i> – Повторные курсы флеботоников и дезагрегантов</p>

Таблица 2

Сравнение групп по возрасту, длительности анамнеза в отношении ХВН и структуре экстрагенитальной патологии

	Основная группа (n=67)	Группа сравнения (n=67)	Достоверность различий
Средний возраст пациенток, гг.	31±1,8	34±2,1	$p > 0,05$
Длительность анамнеза ХВН, гг.	7±4,3	9±1,6	$p > 0,05$
Хронический гастрит, абс. (%)	8 (11,9%)	7 (10,5%)	$p > 0,05$
Хронической пиелонефрит, абс. (%)	11 (16,4%)	14 (20,5%)	$p > 0,05$
Артериальная гипертензия, абс. (%)	9 (13,4%)	11 (16,4%)	$p > 0,05$
Гипотиреоз, абс. (%)	2 (2,9%)	1 (1,5%)	$p > 0,05$

При оценке состояния системы гемостаза, у обследованных беременных с ХВН и ПН выявлены нарушения в тромбоцитарном, коагуляционном, антикоагуляционном и фибринолитическом звеньях. Количество тромбоцитов в среднем составило  $234 \pm 19,6$  vs  $198 \pm 16,8$   $\times 10^9/\text{л}$ . Отмечено также повышение концентрации фибриногена ( $5,7 \pm 1,6$  г/л) и РФМК до  $5,41 \pm 1,22$  мкг/л во 2 группе исследования.

Гиперкоагуляционный эффект, эволюционно связанный с гестацией, при беременности, осложненной ХВН, дополняется риском тромбообразования. В результате наблюдается, по сравнению с таковым у здоровых беременных, увеличение уровней ПТИ. Изученные нами показатели свидетельствуют о напряженном состоянии системы гемостаза у большинства беременных, страдающих ХВН.

Нами было установлено, что у беременных 1-й группы наблюдалось достоверно меньшее число ТЭО – ни одного случая по сравнению с 4 (5,9%) случаями во 2 группе (у данных пациенток в послеродовом периоде развился илеофemorальный тромбоз). Очевидно, это связано с адекватной коррекцией ХВН в 1 группе, проводимой на протяжении всей беременности: на фоне использования низкомолекулярного гепарина (фраксиларин), системного флеботоника (флебодиа 600) и местной терапии (эластическое бинтование нижних конечностей, местный флеботоник – лиотон 1000) условия для формирования венозных тромбозов не реализуются.

### **Заключение**

Таким образом, проведённая нами работа свидетельствует об эффективности предложенного алгоритма лечения ХВН, поскольку в основной группе исследования отмечалось достоверно меньшее количество случаев тромбозов глубоких вен – ни одного случая в отличие от группы сравнения – 4 (5,9%),  $p < 0,001$ .

### **Литература**

1. Диагностика и лечение хронической венозной недостаточности у женщин/ И.А. Золотухин, В.Ю. Богачев// Consilium medicum. -2007. -том 9. - №5. -С.62-64.
2. Хроническая венозная недостаточность и беременность/ Мурашко А.В., Кумыкова З.Х.// Гинекология 2007; 9 (1): 50-52.
3. Профилактика и лечение венозных тромбоэмболических осложнений и хронических заболеваний вен нижних конечностей у беременных/ Кудыкин М.Н., Клецкин А.Э., Качалина Т.С., Сябаева Р.И., Пугин В.А., Измайлова Т.С.// Флебология, 2010.-№ 4. – С. 19-22.