

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ПАЦИЕНТОК С ВАРИКОЗНЫМ РАСШИРЕНИЕМ ВЕН МАЛОГО ТАЗА И НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Дустова Н.К.,

Бухарский государственный медицинский институт.

✓ Резюме,

Варикозное расширение вен у беременных - широко распространенная патология, которую диагностируют у каждой пятой женщины репродуктивного возраста, причем развитие заболевания в 96 % случаев коррелирует с вынашиванием ребенка и родами. Чаще всего она проявляется в системе большой, реже - малой подкожной вены и начинается с притоков ствола вены на голени. Влияние гормонального фактора на венозную стенку возникает уже в I триместре беременности. Увеличение размеров беременной матки со II триместра повышает внутрибрюшное и венозное давление в нижних конечностях и малом тазу, которое усугубляется наличием крупного плода, многоплодием и многоводием. Данное влияние особенно выражено в последние недели перед родами. В результате различные варианты варикозного расширения вен составляют 5,6% всей экстрагенитальной патологии при беременности. Практическому врачу-гинекологу в своей работе нередко приходится сталкиваться с пациентками, у которых клиника болевого синдрома внизу живота обусловлена варикозным расширением вен малого таза.

Ключевые слова: варикозное расширение вен малого таза, синдром тазовых болей, хроническая венозная недостаточность.

КИЧИК ЧАНОҚ ВА ОЁҚ СОҲАСИ ТОМИРЛАРИ ВАРИКОЗ КЕНГАЙИШИ МАВЖУД БЎЛГАН ҲОМИЛАДОРЛАРДА ТУҒИШ ЖАРАЁНИ ЎЗИГА ХОСЛИГИ

Н. К. Дўстова,

Бухоро давлат тиббиёт институти.

✓ Резюме,

Репродуктив ёшдаги ҳар 5 та ҳомиладорда Вена томирларининг Варикоз кенгайиши учрайди. Ва асосан болдир юзак веналарида учрайди. Гормонал ўзгаришлар таъсири асосан биринчи уч ойликда кўпроқ намай бўлади. Патогенетик жараён ҳомиладорларнинг бачадони каттлашиши, ҳомиланинг II триместрида нисбатан ҳомила оғирлиги, бачадон суви ҳажми билан боғлиқ равишда намай бўла бошлайди. Бу кўрсаткич айниқса туғиш даври охирига келиб яққол намай бўла бошлайди. Ҳомиладорлик даври барча экстрагенитал касалликлари 5,6% ни ташкил қилади.

Калит сўзлар: чаноқ соҳаси вена томирлари варикоз кенгайиши, чаноқ соҳаси оғриқ синдроми, сурункали веноз томирлар хасталик ва функциональ етишмовчилиги.

PECULIARITIES OF PREGNANCY AND ORIGINS IN PATIENTS WITH VARICOUS EXTENSION OF VEINES OF SMALL PELVIS AND LOWER LIMBS

N.K. Dustova,

Bukhara State Medical institute.

✓ Resume,

Varicose veins in pregnant women are a common pathology diagnosed in every fifth woman of reproductive age, with the development of the disease correlating with childbirth and childbirth in 96% of cases. Most often it appears in the system of a large, rarely - small saphenous vein and begins with the inflow of the vein of the vein on the shin. The influence of the hormonal factor on the venous wall occurs already in the first trimester of pregnancy. The increase in the size of the pregnant uterus from the second trimester increases intra-abdominal and venous pressure in the lower limbs and small pelvis, which is exacerbated by the presence of a large fetus, multiplicity and polyhydramnios. This influence is especially pronounced in the last weeks before childbirth. As a result, various variants of varicose veins make up 5.6% of the total extragenital pathology during pregnancy. Practical gynecologist in his work often have to deal with patients in whom the clinic of pain in the lower abdomen is caused by varicose veins of the pelvis.

Keywords: varicose veins of the pelvis, pelvic pain syndrome, chronic venous insufficiency.

Актуальность

Варикозная болезнь вен малого таза была впервые описана в 1949 г. Н. Taylor, отметившим в своей работе взаимосвязь между нарушением маточной гемодинамики и возникновением у женщин хронических тазовых болей [1]. На основании сонографических исследований установлено, что варикозное расширение вен таза встречается у 5,4% условно здоровых женщин, у 15,7% женщин с выявленной гинекологической

патологией [3]. Женщины с варикозной болезнью вен малого таза предъявляют жалобы на боль в нижних отделах живота ноющего характера, усиливающуюся при длительном нахождении в вертикальном положении, после физической нагрузки, переохлаждении, во время полового акта. Часто боль иррадиирует в промежность, поясничную область [2]. Факторы риска развития варикозного расширения вен малого таза многочисленны и разнообразны, к ним относятся условия труда, возраст, ослабление связоч-

ного аппарата матки и придатков в связи с перенесенными акушерскими осложнениями, гинекологические заболевания [4, 5].

Хроническая венозная недостаточность и варикозной болезни представляют собой наиболее часто встречающуюся группу экстрагенитальной патологии сердечно-сосудистой системы у беременных и родильниц, по данным различных авторов - у 30-50% женщин. Причем впервые ВБ появляется у 50-96% женщин во время беременности. Венозная недостаточность осложняет течение беременности, родов и послеродового периода и ведет к увеличению материнской заболеваемости и смертности [6]. Заболевание вен у женщин часто осложняет течение беременности, родов и послеродового периода. По данным ряда авторов, у пациенток с варикозным расширением вен нижних конечностей достаточно высока частота раннего токсикоза и гестоза (10%), хронической гипоксии плода (10%), патологии пуповины (24-26%), несвоевременного излития околоплодных вод (22-24%), слабости родовой деятельности (15%), преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты (2%), кровотечений в послеродовом и раннем послеродовом периодах (18%), послеродового эндометрита (7%) [7].

Цель исследования Изучить течение беременности, родов а также гемодинамические изменения у пациенток с варикозным расширением вен малого таза и нижних конечностей.

Материал и методы.

Для решения поставленных задач было обследовано 90 беременных за период с 2014 по 2016гг., на базе городского родильного дома г.Бухары. Все женщины были разделены на три группы.

I группа - основная группа состояла из 30 первородящих и повторнородящих беременных с варикозной болезнью вен нижних конечностей во II и III триместре беременности.

II группу сравнения - составили 30 многорожавших (в анамнезе 3 и более родов) пациенток с варикозной болезнью вен нижних конечностей во II и III триместре беременности.

III группа - контрольная группа состояла из 30 беременных с физиологическим течением беременности.

Все обследованные, были сопоставимы по возрасту, паритету, соматическому и акушерско-гинекологическому анамнезу.

Результаты и обсуждение

Большинство беременные с ВРВ были в возрасте от 22 до 35 лет и в среднем составил у первородящих и повторнородящих 27,5 1,4 и у многорожавших 34,6 0,9лет. Пациентки контрольной группы так же были в активном репродуктивном возрасте от 24 до 31 лет. Среди рожавших с варикозной болезнью в анамнезе наблюдались беременности, которые по различным причинам прерывались в раннем сроке: самопроизвольные аборт 11,4%, искусственные аборт 4,1 %. У пациенток с варикозной болезнью невынашивание беременности отмечалось в 14,5% случаев, причем 2 выкидыша в анамнезе имели 6,1% женщины, более 3-х выкидышей - 1,8 % соответственно.

Вероятность развития ВБ возрастает с каждой последующей беременностью: при первой - 2,1%, при второй - 9,6%, при третьей - 36,7%, при четвертой - 38,3%, у многорожавших - 49,0%. Среди рожавших с варикозной болезнью в анамнезе наблюдались, которые беременности по различным причинам прерывались в раннее сроки: самопроизвольные аборт 11,4%, искусственные аборт 4,1 %. У пациенток с варикозной болезнью невынашивание беременности отмечалось в 14,5% случаев, причем 2 выкидыша в анамнезе имели 6,1% женщины, более 3-х выкидышей - 1,8 % соответственно. Исследованиями показано, что варикозная болезнь чаще развивается при раннем начале половой жизни, перенесенных абортах, воспалительных заболеваниях матки и придатков, коротким (до 1 года) интервалом между беременностями.

Анамнез обследуемых женщин отягощен различными экстрагенитальными заболеваниями. Наиболее часто имело место анемия 38,3% среди всех болеющих варикозной болезнью, ожирение среди первородящих составил 16,7%, из числа многорожавших больных ВБ ожирение встречалось у 30 % женщин.

В результате проведенных исследований из анамнеза среди 1 и 2 групп беременных нами было установлено, что ВБ развилась во время беременности 89,3%, последующая беременность усиливала степень варикоза. У большей части ВБ в основном развилась при 3 и 4 беременности. Полученные данные свидетельствуют о том, что вероятность развития ВБ у женщин возрастает с каждой последующей беременностью: при первой 2,1 %, при второй 9,6 % женщин, при третьей 36,7% и при четвертой 38,3 % женщин.

При выяснении характера работы установлено, что ВБ возникает чаще у женщин, длительно находящихся в вертикальном ортостатическом положении, тогда как у женщин ведущих сидячий образ жизни заболеваемость встречалась в 5,3% случаев. Наши исследования позволяют подтвердить данные о том, что в вертикальном положении тела в условиях ортостатического венозного давления происходит значительное расширение просвета подкожных и глубоких вен. Из анамнеза следовало, что варикозное расширение вен наблюдалось либо у матери, либо у отца, либо у близких родственников обоего пола. Так у 43,3 % пациенток с варикозным расширением вен, сформировавшимся во время беременности или после родов, отмечено наследственное предрасположение к ВБ.

У женщин, страдавших ВБ до беременности наблюдалось прогрессирование болезни в зависимости от срока беременности. Это проявлялось отеками, судорогами в нижних конечностях и парестезиями, увеличением количества и диаметра варикозно расширенных вен.

Из анамнеза было выявлено что течение I триместра беременности у 78,6% перво-беременных, у 81,2% повторно-беременных основной группы протекало без осложнений, в группе клинического сравнения в 90% и 85% случаев, соответственно.

Во II триместре беременность протекала без осложнений у пациенток с варикозной болезнью вен в 75% и 66,2% в группе клинического сравнения в 80%.

Третий триместр беременности характеризовался прогрессирующим течением варикозной болезни у первобеременных (37,5%), чаще диагностировалась

Таблица 1.

Особенности течения беременности в обследованных группах

Показатели	I группа n=30	II группа n=30	III группа (контрольная) n=30
Угроза прерывания в II триместр III триместр	3 (10%) 7 (23,3%)	5 (16,7%) 9 (30%)	2 (6,7%) 4 (13,3%)
Ранний токсикоз	3 (10%)	2 (6,7%)	1 (3,34%)
Преэклампсия	1 (3,34%)	3 (10%)	0
ФПН	1 (3,34%)	2 (6,7%)	0
СЗВРП	0	3 (10%)	0
Тазовое предлежание	1 (3,34%)	2 (6,7%)	1 (3,34%)
Перенашивание	0	1 (3,34%)	0
Многоводие	2 (6,7%)	4 (13,3%)	1 (3,34%)

* P<0,05- разница достоверна между основной группой и группой сравнения; ** P<0,05-разница достоверна между группой сравнения и группой контроля; о P<0,05- разница достоверна между основной группой и группой контроля

хроническая плацентарная недостаточность, дистресс плода. У 25,5% первобеременных и 27,8% повторнобеременных отмечалось прогрессирующее течение варикозной болезни.

При исследовании системы гемостаза нами было выявлено некоторые отклонения, у МРЖ с ВБ наблюдались более выраженные нарушения коагуляционного звена гемостаза

Таблица 2.

Изменения показателей гемостазиограммы у обследуемых группах в зависимости от срока гестации (M±m)

Показатели	II триместр	III триместр	3 день после родов	7 день после родов
Основная группа n = 30				
Протромбиновый индекс (ПТИ) %	107±3,2	111± 1,1	109,2± 0,8	108± 1,7
Фибриноген (г/л)	5,0± 0,6	5,9±0,4	5,6± 0,8	5,2± 1,2
АПТВ	44,1 ± 1,5	44,1 ± 1,5	44,1 ± 1,5	44,1 ± 1,5
Группа сравнения n = 30				
Протромбиновый индекс (ПТИ) %	115,1±3	119± 2,1	117,2± 1,8	116± 0,6
Фибриноген (г/л)	5,8 ±0,1	6,7 ±0,6	6,4± 0,2	5,9± 1,0
АПТВ	40,2 ± 1,8	40,2 ± 1,8	40,2 ± 1,8	40,2 ± 1,8
Группа контроля n = 30				
Протромбиновый индекс (ПТИ) %	93,3±3,9	101± 3,2	98± 1,7	95± 2,1
Фибриноген (г/л)	3,8± 0,4	4,9± 0,2	4,3± 1,0	4,0 ±0,6
АПТВ	46,5 ±1,1	46,5 ±1,1	46,5 ±1,1	46,5 ±1,1

* P<0,05- разница достоверна между основной группой и группой сравнения; ** P<0,05-разница достоверна между группой сравнения и группой контроля; о P<0,05- разница достоверна между основной группой и группой контроля

Так как, фибриноген был повышен у пациенток 1 - 2 групп, но выше у беременных группы сравнения.

Показатель АПТВ был, наоборот, ниже у беременных 2 группы с ВРВ нижних конечностей. Если ПТИ в контрольной группе в среднем составлял 93,3, то у беременных 1-й группы он составлял 115,1±3, а во 2-й группе - 107,2±3,2. Второй триместр беременности характеризовался увеличением содержания фибрино-

гена на 16,6% укорочением показателей АЧТВ - на 16,4%, снижением количества тромбоцитов - на 10,9%, увеличением показателя агрегации тромбоцитов на 21,2% (p<0,01). Непосредственно перед родами у пациенток с варикозной болезнью содержание фибриногена достигало 6,3±0,3 г/л, количество тромбоцитов - до 226,0±14,2 д/л (p<0,001)



Выводы

1. Причины так называемых хронических тазовых болей многочисленны, и одно из ведущих мест среди них занимает варикозное расширение вен малого таза. Это достаточно частая патология, которая нуждается в проведении дальнейших исследований. Ориентируясь только на клинические проявления заболевания можно заподозрить заболевание лишь в небольшом проценте случаев.

2. Течения беременности у женщин с хронической венозной недостаточности осложняется угрозой прерывания в II триместре 13,3%, во III триместре 26,7%, отек плаценты (признаки фетоплацентарной недостаточности) 5% и многоводием в 10%.

3. В течение беременности отмечается прогрессирование клинических симптоматологии хронической венозной недостаточности в 30% случаях. У много рожавших беременных с хронической венозной недостаточности отмечается нарушения микроциркуляции крови в маточно-плодовом комплексе, что в 10 % случаев сопровождается синдромом задержки развития и 5 % случаев неудовлетворительного состояния плода.

4. Для ранней диагностики хронической венозной недостаточности и связанных с ними осложнений необходимы выявления пациенток группы риска, исследование у них показателей реологии крови, параметров гемостаза, ультразвуковые параметры кровотока, как в сосудах нижних конечностей, так и в сосудах системы мать-плацента-плод.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Акушерство: Национальное руководство /под.ред. Э.К. Айламазяна, В.И.Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.-1200 с.
2. Артымук Н.В. Варикозное расширение вен органов малого таза //Рос. вест. акуш.гинеколога. -2007. № 6. - С. 74-77.
3. Агеева М.И. Допплерометрические исследования в акушерской практике. /М.: Видар, 2000. 112 с.
4. Алекперова Т.В. Ультразвуковая флебография - опыт применения в современной практике //Ангиология сегодня. 2000. - № 5. - С.2 - 9.
5. Алмутдина О.С. Клиническое значение оценки адаптивных изменений системы гемостаза при беременности, в родах и послеродовом периоде : /Автор, дис. канд. мед. наук О.С. Алмутдина. М., 2000. 20 с.
6. Аляутдинова О.С. Принципы дифференцированной профилактики ТЭ осложнений у беременных с тромбозами в анамнезе и генетическими факторами тромбофилии //Мат. IV Российского форума "Мать и дитя".- М, 2002. С. 153-154.
7. Аржанова О.Н. Патогенетические механизмы гипертензионного синдрома при ОПТ- гестозе, лечение и профилактика: Автореф. дис. докт. мед. наук /О.Н. Аржанова. Санкт-Петербург, 1993.
8. Аржанова О.Н. Плацентарная недостаточность: диагностика и лечение: Учебное пособие /О.Н. Аржанова, Н.Г. Кошелева, Г.Л. Громыко, Т.Г. Ковалева, О.В. Тышкевич Спб., 2001. - 32 с.
9. Аскалонов А.А. Обеспечение качества медицинской помощи матери и ребенку (на региональном уровне) /А.А. Аскалонов, Г.Н. Перфильева, Н.В. Евтушенко. Барнаул, 1998. - 315 с.
10. Бунин А.Т. Ультразвуковая диагностика синдрома задержки развития плода (клинические лекции по ультразвуковой диагностике) /А.Т.Бунин; Под ред. М.В. Медведева, Б.И. Зыкина. М, 1990. - 149 с.

Поступила 24.12. 2017