

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ПРОФИЛАКТИКИ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ С ЭКТАЗИЕЙ ВЕН ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА

Ихтиярова Г.А., Дустова Н. К., Курбонова З.Ш.,

Бухарский государственный медицинский институт.

✓ Резюме,

Изучены система гемостаза и состояние венозных структур органов малого таза при УЗИ, разработаны эффективные профилактические меры по предотвращению тромбоэмболических осложнений у 50 пациенток с варикозно расширенными венами малого таза в сроке гестации от 10 до 34 недель, где было выявлено укорочение показателей активированного парциального тромбопластинового времени (АЧТВ) - на 16,4%, снижение количества тромбоцитов - на 10,9% и активности антиромбина III (АТ III) до 1,2 раза в ранние сроки гестации, что указывало на развивающийся процесс внутрисосудистого свертывания с увеличением риска тромбоза и тромбоемболии у беременных с варикозно расширенными венами малого таза и требовало своевременной профилактики.

Ключевые слова: тромбоэмболические осложнения, эктазия вен, варикозная болезнь

КИЧИК ЧАНОҚ АЪЗОЛАРИ ВЕНАЛАРИ ЭКТАЗИЯСИ МАВЖУД АЁЛЛАРДА ЗАМОНАВИЙ ДИАГНОСТИК ВА ТРОМБОЭМБОЛИК АСОРАТЛАРНИ ОЛДИНИ ОЛИШ УСУЛЛАРИ

Ихтиярова Г.А., Дустова Н. К., Курбонова З.Ш.,

Бухоро давлат тиббиёт институти.

✓ Резюме,

Ультратовуш текшируви ёрдамида кичик чаной аъзоларининг веноз ҳолатини ва гемостатик тизимини ўрганиш ҳамда кичик чанок аъзолари веналари варикоз кенгайиши мавжуд аёлларда тромбоэмболик асоратларни олдини олиш чорларини 10 дан 41 ҳафтага бўлган кичик чанок аъзолари веналари варикоз кенгайиши мавжуд 50 нафар ҳомиладор аёллар текширилди. Гемостаз системаси текширилганда, кичик чанок аъзолари веналари варикоз кенгайиши мавжуд аёлларда назорат гуруҳига нисбатан гиперкоагулятив ўзгаришлар ҳосилги аниқланди. Шунингдек, АЧТВ нинг 16,4% га тезлашгани, тромбоцитлар сонининг 10,6% га ва антитромбин III кўрсаткичининг 1,2 мартага камайганлиги аниқланди ($P < 0,01$). Кичик чанок аъзолари веналари варикоз кенгайиши мавжуд аёлларда бу каби ўзгаришлар тромбоз ва тромбоэмболик асоратлар хавфини ошишига олиб келади. Варикоз касаллиги мавжуд ҳомиладорларда қонда гиперкоагуляцияга ҳос ўзгаришлар аниқланиб, бу ўз навбатида туҳумдон ва бачадон веналарида қон оқими пасайишига сабаб бўлиши қайд этилди.

Калит сўзлар: кичик чанок аъзолари веналарининг варикоз кенгайиши, гемостаз тизими, варикоз касаллиги

MODERN METHODS OF DIAGNOSTICS AND PREVENTION OF THROMBOEMBOLIC COMPLICATIONS IN PREGNANT WOMEN WITH EQUASY OF PELVIC ORGANS

Ikhtiyarova G.A., Dustova N.K., Kurbonova Z.Sh.,

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali Ibn Sina.

✓ Resume,

The hemostatic system and the state of the venous structures of the pelvic organs during ultrasound were studied, effective preventive measures were developed to prevent thromboembolic complications in 50 patients with varicose veins of the small pelvis in the gestation period from 10 to 34 weeks, where a sharp increase in the incidence of thrombosis was detected.) - by 16.4%, a decrease in the number of thrombocytes - by 10.9% and the activity of antithrombin III (AT III) up to 1.2 times in the early stages of gestation, which increased the incidence of the incidence of the disease. a and thromboembolism y pregnant with varicose veins of the small pelvis.

Keywords: condition of the diameter of the veins of the pelvic organs, hemostatic system, varicose veins

Актуальность

Варикозная болезнь (ВБ) — является распространенным заболеванием среди сердечно-сосудистой системы, которая возникает у женщин от 50 до 96% случаев во время беременности. Ее частота колеблется от 6 до 15%. В развитых странах у 15-40% взрослого населения диагностируют заболевания венозной системы. Варикозная болезнь поражает, главным образом вены нижних конечностей. По данным эпидемиологического исследования, различные формы

варикозной болезни встречаются среди 26-38% женщин трудоспособного возраста, что превалирует 4 раза чаще, по сравнению с мужчинами. Ежегодный прирост новых случаев ВБ нижних конечностей в популяции жителей индустриально развитых стран, по данным зарубежных авторов, достигает до 2,6% среди женщин, которую диагностируют у каждой пятой женщины репродуктивного возраста, причем развитие заболевания в 96% случаев связано с вынашиванием ребенка и родами. По данным авторов, осложнение венозного тромбоза и тромбоемболии легочной артерии

(ТЭЛА) во время беременности и в родах встречается в 5,5 раз чаще, чем у небеременных женщин, а послеродовом периоде - в 3-6 раз чаще, чем во время беременности. [2,10].

Варикозное расширение вен малого таза (ВРВМТ) было впервые диагностировано Х.Тайлом в 1949 г. Он в своей работе отмечал взаимосвязь между нарушением маточного кровотока 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 иррадирует в промежность, поясничную область [2,9]. Факторы риска развития варикозного расширения вен малого таза (ВРВМТ) многочисленны и разнообразны, к ним относятся условия труда, возраст, ослабление связочного аппарата матки и придатков в связи с перенесенными акушерскими осложнениями, гинекологические заболевания [4, 5,10].

Применение ультразвуковых методов исследования представляет существенные возможности в диагностике нарушений венозной гемодинамики в органах малого таза у женщин. Высокая диагностическая ценность ультразвукового исследования заключается в выявлении органического поражения венозной системы малого таза на этапе доклинических форм заболевания, что позволяет наметить пути профилактики варикозных расширенных вен малого таза на начальном этапе, а также оценить результаты лечения. [6,10].

Беременность часто является пусковым фактором, который проявляет или вызывает симптомы венозной недостаточности и варикозной болезни. Эта ассоциация (венозная недостаточность и беременность) характеризуется быстрым началом, появлением симптомов и частичной регрессией их после родов. Лечение во время беременности направлено на устранение симптомов и предотвращение осложнений. [7,8].

Целью исследования явились изучение системы гемостаза и состояние венозных структур органов малого таза при УЗИ, разработка эффективных профилактических мер по предотвращению тромбоэмболических осложнений у беременных с ВРВМТ.

Материал и методы

Для разработки критериев оценки состояния венозной сети малого таза и системы гемостаза, были обследованы 50 пациенток с ВРВМТ в сроке гестации от 10 до 34 недель. Контрольную группу составили 30 женщин с физиологическим течением беременности, обратившихся в Бухарский городской родиль-

ный комплекс по поводу подготовки к планируемой беременности. Беременные основной группы были в возрасте от 20 до 29 лет (средний возраст $24,6 \pm 1,3$ года), которые поступали в отделение патологии беременных с жалобами на тазовые боли (100,0%), отеки нижних конечностей, ночные судороги икроножных мышц (36,0%). У этих женщин во всех случаях при ультразвуковом исследовании были выявлены признаки ВРВМТ. Ультразвуковое исследование проводилось на сканере SSI 5000 SonoScape (Китай) с использованием абдоминального интравагинального (в ранние сроки гестации до 12 недель) датчика в режимах эхографии и доплерографии, включающих цветное доплеровское картирование (ЦДК) и импульсную доплерометрию. Исследование проводилось в течение беременности, также до и после курса медикаментозной терапии.

При оценке системы гемостаза определяли активированное парциальное тромбопластиновое время (АПТВ), протромбиновое время (ПВ), протромбиновый индекс (ПТИ), концентрацию фибриногена, активность антитромбина III (АТ III), количество тромбоцитов.

Комплексное лечение пациенток с варикозно расширенными венами малого таза и синдромом хронических тазовых болей проводилось венотоническими препаратами (флебодиа, диофлан, детра-лекс и т.д) по 1 таблетке (600мг) 1 раза в сутки, в течение 4 недель. Действующее вещество препарата - диосмин, который обладает венотонизирующим свойством, способствующим уменьшению застоя в венах и повышающим их тонус. Препарат улучшает микроциркуляцию, повышая резистентность капилляров, улучшает лимфатический дренаж, обладает противоотечным и противовоспалительным действием. Для профилактики ТЭО назначались препараты из группы низкомолекулярных гепаринов (клексан 0,4 мл) - 1 раз в день, в течение 7 дней. Также, была назначена эластическая компрессия вен нижних конечностей и абдоминальная декомпрессия до родов. Курс лечения назначали со II триместра беременности, при необходимости повторялся не менее 3-х раз.

Результат и обсуждение

При исследовании системы гемостаза у пациенток основной группы наблюдалось повышение концентрации фибриногена на 1,25 раз, увеличение ПТИ на 1,2 раз в I триместре по сравнению с контрольной группой ($P < 0,001$). Также было выявлено укорочение показателей АЧТВ - на 16,4%, снижение количества тромбоцитов - на 10,9% и активности АТ III до 1,2 раз в ранние сроки гестации, что указывало на развивающийся процесс внутрисосудистого свертывания с увеличением риска тромбоза и тромбоэмболии у беременных с ВРВМТ ($P < 0,01$).

При УЗИДГ матки, ее придатков и варикозных расширенных вен последние лоцировались в виде многочисленных конгломератов и лакун со слабым кровотоком. Варикозное расширение вен малого таза

в зависимости от диаметра расширенных сосудов и локализации венозной эктазии классифицировали по И.А. Озерской и М.И. Агеевой [9]:

- I степень - диаметр вены от 5 до 7 мм, "штопоробразный" ход сосуда;

- II степень - диаметр вены от 7 до 10 мм при тотальном типе варикоза, рассыпной эктазии яични-

кового сплетения, ВР параметральных вен и вен аркуатного сплетения матки;

- III степень - диаметр вены >10 мм при тотальном типе ВР или магистральном типе параметральной локализации.

В результате проведенных исследований было выявлено, что с увеличением срока беременности у

Таблица 1

**Изменения показателей гемостазиограммы у обследуемых групп
в зависимости от срока гестации**

Показатели	I триместр	II триместр	III триместр	3-й день после родов
Основная группа (n=50)				
Протромбиновый индекс (ПТИ) %	113 ± 1,1***	118 ± 0,2***	121 ± 3,2*	109 ± 2,3
Фибриноген (г/л)	3,5 ± 0,5***	4,0 ± 0,6***	5,3 ± 0,3*	6,4 ± 0,2*
Антитромбин III (мг/л)	85,6 ± 1,7*	74,1 ± 1,2*	59,9 ± 1,2*	69,3 ± 0,7*
АПТВ	40,3 ± 1,5***	34,7 ± 2,3**	32,1 ± 1,1	35,2 ± 1,3
Группа контроля (n=30)				
Протромбиновый индекс (ПТИ) %	95 ± 0,1	100 ± 0,5	108 ± 1,2	104 ± 2,5
Фибриноген (г/л)	2,8 ± 0,5	3,8 ± 0,4	4,0 ± 0,6	4,6 ± 0,3
Антитромбин III (мг/л)	104,1 ± 1,8	96,3 ± 0,8	88,7 ± 1,2	94,6 ± 0,7
АПТВ	46,5 ± 1,1	43,2 ± 1,6	38,6 ± 2,1	39,6 ± 2,3

Примечание: * - различия относительно данных контрольной группы значимы (* - P<0,05; ** - P<0,01; *** - P<0,001)

пациенток с ВБ происходит увеличение диаметра вен внутренних половых органов в 1,6 и 1,8 раза в I триместре по сравнению с беременными контрольной группы (P<0,05). В конце III триместра было выявлено увеличение и у пациенток контрольной группы, что объясняет компрессию магистральных вен беременной маткой, однако по завершении беременности диаметр вен достигал исходных значений только у беременных контрольной группы (P<0,01).

Как видно из указанных показателей маточные и яичниковые вены увеличиваются во II и особенно III

триместрах. Вена правого яичника проходит спереди от правого мочеточника на уровне S1 почти перпендикулярно ему в едином соединительнотканном влагалище, испытывая периодическую компрессию: имеет более короткий, чем слева, ствол, впадающий в каудальную часть нижней полой вены. Правый яичник является функционально доминирующим, следовательно, более активно, чем левый яичник, снабжается кровью. Все это создает условия для развития варикозного расширения справа.

Таблица 2

**Изменения диаметра вен органов малого таза обследованных беременных
в зависимости от срока гестации**

Вена	I триместр (мм)	II триместр (мм)	III триместр (мм)	3-й день после родов (мм)
Основная группа n = 50				
Правая маточная	10,0 ± 0,2**	12,5 ± 0,2**	14,5 ± 0,1*	11,5 ± 0,2
Левая маточная	10,1 ± 0,1	12,0 ± 0,2**	14,0 ± 0,1*	12,0 ± 0,2
Правая яичниковая	10,2 ± 0,3	11,0 ± 0,4	13,6 ± 0,6**	10,3 ± 0,3
Левая яичниковая	9,9 ± 0,2	11,0 ± 0,4**	14,4 ± 0,3*	11,0 ± 0,2
Контрольная группа n = 30				
Правая маточная	5,0 ± 0,2	6,2 ± 0,2	7,0 ± 0,1	6,0 ± 0,2
Левая маточная	5,2 ± 0,1	6,0 ± 0,1	6,5 ± 0,2	5,5 ± 0,1
Правая яичниковая	3,0 ± 0,4	4,3 ± 0,4	5,3 ± 0,6	4,0 ± 0,3
Левая яичниковая	2,0 ± 0,4	5,0 ± 0,4	5,8 ± 0,3	4,0 ± 0,2

Примечание: * - различия относительно данных контрольной группы значимы (* - P<0,05; ** - P<0,01; *** - P<0,001)



В зависимости от применения комплексной терапии, пациентки основной группы были разделены на 2 подгруппы:

1а подгруппа: 30 беременных, которым была назначена комплексная терапия с повторными курсами лечения;

2б подгруппа: 25 пациенток, которые лечились традиционным методом терапии (НМГ и компрессионно-эластические бинты).

После проведения медикаментозного лечения было отмечено достоверное уменьшение диаметра исследуемых вен у 21 из 30 пациенток, т.е. в 84,6% случаев.

У беременных, которые получали традиционный метод лечения при ультразвуковом исследовании отмечено незначительное уменьшение диаметра яичниковых и маточных. После курса комплексной терапии была отмечена стабилизация венозной системы малого таза, по сравнению с беременными контрольной группы и пациентками, получившими традиционный метод терапии. Показатели состояния венозной сети малого таза до лечения и после него представлены в табл. 3.

Таблица 3.

Ультразвуковые показатели состояния венозной сети малого таза у женщин с ВРВМТ до лечения и после него

Вены малого таза	1а подгруппа (n=25)		1б подгруппа (n=25)		Контрольная группа (n=30)
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения	
Яичниковые:					
Правая	10,2±0,3*	7,8±0,6	10,2±0,3	8,6±0,4	5,0±0,2
Левая	9,9±0,2*	6,3±0,5	10,9±0,2	9,0±0,4	5,2±0,1
Маточные:					
Правая	10,0±0,2*	7,0±0,2	10,0±0,2	9, 5±0,2	3,0±0,4
Левая	10,1±0,1*	7,2±0,2	11,1±0,1	9,0±0,4	2,0±0,4

Примечание. * - различие показателей до лечения и после него достоверно ($p < 0,05$).

Таким образом, полученные данные свидетельствуют, что ультразвуковое исследование предоставляет существенные возможности в диагностике нарушений венозной гемодинамики в органах малого таза у женщин, позволяя не инвазивно исследовать сосудистую систему, визуализировать ее и провести количественный анализ кровотока. Применение эхографии вен малого таза позволяет получить представление об анатомо-топографических соотношениях стенки и просвета исследуемой вены с окружающими ее тканями и органами. Использование ЦДК и импульсной доплерометрии вен малого таза позволяет определить степень варикозно подобной деформации стенок и просвета сосуда, определить характер изменения линейной скорости кровотока в нем. Полученные при ультразвуковом исследовании данные влияют на формирование лечебной флебологической тактики и нацеливают врача на проведение длительного и систематического наблюдения за пациенткой с ВРВМТ.

Применение комплексного лечения варикозного расширения вен малого таза у беременных привело к достоверно значимому уменьшению специфических симптомов заболевания: болезненности при пальпации стенок малого таза у 21 из 25 (84,0%), цианоза влагалища у 19 из 25 (76,0) и болевого синдрома у 22 из 25 (88,0%) пациенток. Наиболее важным патогенетическим звеном в формировании болевого синдрома, обусловленного венозным застоем в тазовых органах, является снижение скорости кровотока в венозной сети малого таза.

Результатами применения комплексного лечения явились уменьшение дилатированного диаметра вен малого таза и увеличение скорости кровотока в яичниковых и маточных венах. Статистически значимый терапевтический эффект наблюдался у 84,6% беременных с ВРВМТ.

Выводы

1. Полученные данные позволили выявить гиперкоагуляцию при варикозной болезни у беременных, а также было отмечено увеличение диаметра яичниковых и маточных вен, в которых замедляется кровоток. В зависимости от степени хронической венозной недостаточности выраженность этих изменений разнообразна: они отсутствуют при наличии телеангиэктазий, выражены при варикозном расширении вен нижних конечностей и наиболее значимы при варикозном расширении вен малого таза.

2. Ультразвуковое исследование предоставляет существенные возможности в диагностике нарушений венозной гемодинамики в органах малого таза у женщин, позволяя не инвазивно исследовать сосудистую систему, визуализировать ее и провести количественный анализ кровотока.

3. 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 заболева-

ния можно заподозрить заболевание лишь в небольшом проценте случаев.

4. Состояние системы гемостаза у беременных с варикозным расширением вен малого таза имеет высокий риск тромбообразования, характеризуется признаками хронического ДВС-синдрома, что у 73% случаев способствует развитию тромбозов во время беременности.

5. Комплексное лечение варикозной болезни позволяет снизить частоту тромбоэмболических осложнений и клинических признаков, а также улучшить качества жизни беременных.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Аржанова О.Н., Кошелева Н.Г., Громыко Г.Л. и др. Плацентарная недостаточность: Диагностика и лечение: // Учеб. пособие. - Санкт-Петербург., 2017; 32.
2. Ихтиярова Г.А., Ходжаева Н.Б., Косимова Н.И. Этиология варикозного расширения вен малого таза при беременности // Проблемы биологии и медицины. Самарканд. 2012; 1(68): 154-155.
3. Ихтиярова Г.А., Аслонова М.Ж., Хафизова Д.Б. Микробиологическая и гормональная характеристика формирования неразвивающейся беременности. Фундаментальные и практические вопросы иммунологии и инфектологии Сборник научных статей участников Межд. Научно-практической конференции 2018; 9-15.
4. Дустова Н.К., Бабаджанова Г.С., Ихтиярова Г.А. Особенности ведения беременности и родов у пациенток с хронической венозной недостаточностью. Республика спорт тиббиёти илмий-амалий маркази. Тошкент 2019; 3-4; 43-46
5. Кириенко А.И., Богачев В.Ю., Прокубовский В.И. Варикозная болезнь вен малого таза. Флебология. // Под ред. В.С. Савельева. Москва. Медицина 2015; 246.
4. Майоров М.В. Синдром хронических тазовых болей в гинекологической практике. Провизор 2016; 23: 17-19.
6. Мусоев Т.Я., Ашурова Н.Г., Шодиев Б.В. Результаты лечения варикозного расширения вен органов малого таза у женщин // Republic Scientific Practical Conference "Actual problems in healthcare of motherhood and childhood" 2015; 76-77.
7. Мозес В.Г., Ушакова Г.А. Варикозное расширение вен малого таза у женщин в основные возрастно-биологические периоды жизни: клиника, диагностика, профилактика. // Москва. ЭликсКом 2006; 104.
8. Мурашко А.В., Кумыкова З.Х. Хроническая венозная недостаточность и беременность. // Consilium Medicum, Гинекология. - 2011. № 9.С. 50-52.
9. Озерская И.А., Агеева М.И. Хроническая тазовая боль у женщин репродуктивного возраста. Ультразвуковая диагностика. / Москва. Видар. 2009; -С. 299.
10. Dustova N.K., Babadjanova G.S., Ikhtiyarova G.A. Pathogenetic reasons for the development of varicose disease in pregnant women. Central asian journal of pediatrics - 2(2)2019. <https://uzjournals.edu.uz/pediatrics/vol2/iss3/>

Поступила 09.02. 2020