

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГЕСТАЦИОННОГО ПРОЦЕССА, РОДОВ, ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА И СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ У ЖЕНЩИН С ВАРИКОЗНЫМ РАСШИРЕНИЕМ ВЕН ТАЗА

PECULIARITIES OF THE GESTATIONAL PROCESS, LABOR, POSTPARTUM PERIOD, AND THE CONDITION OF THE NEWBORN IN WOMEN WITH PELVIC VARICOSE VEINS

**A. Bogdasarov
L. Davidyan
D. Baev**

Summary. Pelvic varicose veins are a significant clinical problem in obstetric practice, associated with a high risk of perinatal complications. This study revealed a systemic negative impact of this pathology on the gestational process, intrapartum, and postpartum periods.

Patients with varicose veins had a complicated premorbid background with a predominance of dysplastic connective tissue changes and associated gynecological pathology. The course of pregnancy was characterized by the development of fetoplacental insufficiency and associated obstetric complications.

In the intrapartum period, labor dysfunctions were observed, and in the postpartum period, inflammatory and involucional complications were observed. A negative impact on the condition of the fetus was established, manifested by growth retardation syndrome, chronic hypoxia, and perinatal pathology. The data obtained confirm the need to classify pregnant women with varicose veins as a high-perinatal-risk group and develop differentiated approaches to their care at all stages of gestation.

Keywords: pelvic varicose veins, pregnancy, fetoplacental insufficiency, childbirth, postpartum period.

Богдасаров Азат Юрьевич

Доктор медицинских наук, профессор,
ГОУ ВПО Ульяновский государственный университет
azat-01@mail.ru

Давидян Лиана Юрьевна

Доктор медицинских наук, профессор,
ГОУ ВПО Ульяновский государственный университет
dliana2009@mail.ru

Баев Дмитрий Сергеевич

Аспирант,
ГОУ ВПО Ульяновский государственный университет
dimka270798@mail.ru

Аннотация. Варикозное расширение вен таза представляет собой значимую клиническую проблему в акушерской практике, ассоциированную с высоким риском перинатальных осложнений. Проведенное исследование выявило системное негативное влияние данной патологии на гестационный процесс, интранатальный и послеродовый периоды.

У пациенток с ВРВТ установлен отягощенный преморбидный фон с преобладанием диспластических изменений соединительной ткани и сопутствующей гинекологической патологии. Течение беременности характеризовалось развитием фетоплацентарной недостаточности и сопутствующих акушерских осложнений.

В интранатальном периоде отмечались нарушения родовой деятельности, а в послеродовом — воспалительные и инволюционные осложнения. Установлено негативное влияние на состояние плода, проявляющееся синдромом задержки роста, хронической гипоксией и перинатальной патологией. Полученные данные подтверждают необходимость выделения беременных с ВРВТ в группу высокого перинатального риска и разработки для них дифференцированных подходов к ведению на всех этапах гестации.

Ключевые слова: варикозная болезнь таза, беременность, фето-плацентарная недостаточность, роды, послеродовый период.

Варикозное расширение вен таза (ВРВТ) представляет собой одну из наиболее значимых и недостаточно изученных медико-социальных проблем в современном акушерстве. Несмотря на то, что распространенность данной патологии среди беременных, по данным различных авторов, достигает 30–40 % и имеет устойчивую тенденцию к росту [1], вопросы ее влияния на перинатальные исходы остаются дискуссионными [2, 3]. Высокий уровень антенатальных потерь и отсутствие унифицированных алгоритмов ведения данной категории пациенток обуславливают необходимость углубленного изучения ВРВТ [4].

Особую актуальность приобретает комплексная оценка влияния данной патологии на риски развития фетоплацентарной недостаточности (ФПН), хронической внутриутробной гипоксии плода [5], а также тромбоэмболических осложнений, которые остаются ведущими причинами материнской и перинатальной заболеваемости и смертности [6, 7]. Патогенез ВРВТ, связанный с венозным застоем в системе малого таза и нарушением маточно-плацентарной гемодинамики, создает предпосылки для дисфункции эндотелия, активации системного воспаления и коагулопатии, что напрямую коррелирует с тяжестью гестационных осложнений [8, 9]. Как отмечают И.А. Ерошкина и соавт. [10], ВРВТ является не просто

косметическим дефектом, а серьезным патологическим состоянием, значительно ухудшающим качество жизни женщины и отягощающим течение гестационного процесса, что подтверждается и результатами других исследований [11].

В настоящее время отсутствуют единые протоколы скрининга и диагностики ВРВТ у беременных, что приводит к гиподиагностике и несвоевременному началу терапии [12, 13]. Перспективным направлением является разработка предиктивных моделей, интегрирующих данные ультразвуковой доплерографии [14] и молекулярно-генетических маркеров эндотелиальной дисфункции для стратификации рисков у данной категории пациенток [15]. Эндоваскулярные методы лечения, такие как эмболизация гонадных вен, демонстрируют высокую эффективность в устранении симптомов ВРВТ [16, 17], однако их применение у беременных требует дальнейшего изучения. Важным аспектом является связь ВРВТ с хронической тазовой болью, что существенно снижает качество жизни пациенток [18, 19]. В связи с этим, выделение беременных с ВРВТ в группу высокого риска и разработка для них комплекса лечебно-профилактических мероприятий, включая коррекцию тромбофилических нарушений [20] и основанных на современных клинических рекомендациях [21], является своевременной и практически значимой задачей современного акушерства [13].

В связи с вышеизложенным, целью настоящего исследования явилась оценка рисков развития гестационных, интранатальных и послеродовых осложнений у женщин с варикозным расширением вен таза.

Материал и методы исследования

В рамках одноцентрового сравнительного проспективного исследования были проанализированы данные 200 беременных женщин, разделенных на две репрезентативные группы. Основную группу составили 100 пациенток с верифицированным диагнозом ВРВТ, установленным на основании клинических данных и подтвержденным ультразвуковым исследованием с доплерометрией. Группу контроля образовали 100 условно здоровых беременных без признаков венозной патологии, сопоставимых по возрасту и паритету беременности и родов. Исследование проводилось в два этапа: амбулаторный (сбор анамнеза, оценка соматического и гинекологического статуса) и стационарный (анализ течения родов, послеродового периода и оценки состояния новорожденных). Для оценки состояния новорожденных использовались клинические методы, а также данные стандартного неврологического и соматического осмотра в первые дни жизни. Статистическая обработка данных проводилась с использованием критерия χ^2 для качественных признаков и t-критерия Стьюдента

для количественных с расчетом достоверности различий ($p < 0,05$). Для установления взаимосвязей применялся корреляционный анализ с расчетом коэффициента линейной корреляции Пирсона (r_{xy}).

Результаты исследования

Проведенный нами анализ продемонстрировал выраженную клиническую гетерогенность ВРВТ у обследованных пациенток, что требует дифференцированного подхода к ведению таких беременных. Структура клинических проявлений распределилась следующим образом: синдром тазового полнокровия — 35,0 %, вульварный и промежностный варикоз — 65,0 %. По характеру течения преобладала безболевая форма (53,0 %), тогда как болевая и латентная формы отмечались в 26,0 % и 21,0 % случаев соответственно. Высокая доля латентных форм особенно значима, так как она предполагает наличие недиагностированных случаев ВРВТ в популяции и требует повышенной настороженности врачей.

Анализ соматического анамнеза выявил статистически значимые отличия, подчеркивающие системный характер патологии. У пациенток с ВРВТ достоверно чаще регистрировались заболевания сердечно-сосудистой системы (46,0 % против 14,0 % в контроле, $p < 0,001$), патология мочевыделительной (24,0 % против 13,0 %, $p = 0,037$) и эндокринной систем (36,0 % против 26,0 %, $p = 0,046$). Особого внимания заслуживает выявленная нами высокая частота недифференцированных дисплазий соединительной ткани в основной группе (55,0 % против 24,0 %, $p < 0,001$), что, согласуясь с данными В.И. Краснопольской и соавт. [3], может рассматриваться как один из ключевых предикторов развития и прогрессирования венозной патологии, формирующий неполноценность сосудистой стенки.

Гинекологический анамнез пациенток основной группы был существенно отягощен воспалительными заболеваниями органов малого таза, хроническими кольпитами (64,0 % против 45,0 %, $p < 0,001$), миомой матки (14,0 % против 3,0 %, $p < 0,05$) и аномальными маточными кровотечениями (24,0 % против 5,0 %, $p < 0,001$). Установленная нами четкая зависимость между паритетом беременности и развитием ВРВТ подтверждает роль механических факторов в патогенезе заболевания: среди пациенток основной группы достоверно преобладали повторнобеременные (91,0 % против 65,0 %, $p < 0,001$). Отягощенный наследственный анамнез по варикозной болезни был характерен для 47,0 % женщин с ВРВТ против 19,0 % в группе контроля ($p < 0,001$), что указывает на важность генетической предрасположенности.

Проведенное исследование позволило установить, что гестационный процесс у пациенток с ВРВТ характеризуется высоким уровнем осложнений, формиру-

ющихся уже с ранних сроков. Уже в первом триместре достоверно чаще диагностировалась угроза прерывания беременности (25,0 % против 7,0 %, $p < 0,001$), что, по нашему мнению, связано с нарушением процессов имплантации и плацентации на фоне венозного полнокровия. На протяжении всей беременности сохранялся высокий инфекционный индекс, проявлявшийся рецидивирующими кольпитами, бактериурией и эпизодами ОРВИ, что свидетельствует о снижении местных и общих защитных механизмов.

Во втором и третьем триместрах к угрозе преждевременных родов присоединялись признаки фетоплацентарной недостаточности (ФПН), носившей прогрессирующий характер. Так, во II триместре ФПН диагностировалась у 16,0 % пациенток основной группы против 3,0 % в контроле ($p < 0,001$), а в III триместре ее частота достигала 38,0 % (против 13,0 %, $p < 0,001$). ФПН в нашем исследовании проявлялась синдромом задержки роста плода (СЗРП), маловодием и хронической внутриутробной гипоксией. Тяжесть состояния усугублялась развитием преэклампсии, которая в умеренной и тяжелой форме регистрировалась у 33,0 % пациенток с ВРВТ против 2,0 % в группе контроля ($p = 0,001$), что, вероятно, связано с эндотелиальной дисфункцией, лежащей в основе обоих патологических состояний.

Наши данные свидетельствуют о том, что родовой акт у женщин с ВРВТ имеет ряд патологических особенностей. Достоверно чаще наблюдались преждевременное излитие околоплодных вод (21,0 % против 9,0 %, $p = 0,013$), аномалии родовой деятельности по типу слабости (19,0 % против 5,0 %, $p = 0,002$), а также быстрые (22,0 % против 3,0 %, $p < 0,001$) и стремительные (8,0 % против 1,0 %, $p = 0,034$) роды. Высокий темп родовой деятельности закономерно приводил к увеличению частоты родового травматизма: разрывы промежности, влагалища и шейки матки встречались в основной группе значимо чаще.

Показания к оперативному родоразрешению у пациенток с ВРВТ были расширены. Частота операции кесарева сечения в основной группе была в 2,2 раза выше (26,0 % против 12,0 %, $p = 0,011$). Наиболее частыми показаниями, согласно нашим наблюдениям, являлись внутриутробный дистресс плода на фоне хронической гипоксии (13,0 % против 2,0 %, $p = 0,002$) и дискоординированная родовая деятельность.

Послеродовый период у рожениц с ВРВТ осложнялся субинволюцией матки (14,0 % против 2,0 %, $p < 0,001$) и инфекционно-воспалительными процессами, включая метрит (8,0 % против 1,0 %, $p = 0,034$). Объем интра- и постнатальной кровопотери как при самопроизвольных родах, так и при операции кесарева сечения был достоверно выше в основной группе, что связано

с нарушением сократительной способности матки и венозным застоем.

Проведенный нами комплексный анализ продемонстрировал значительное негативное влияние ВРВТ на состояние плода и процессы адаптации новорожденного. У женщин основной группы достоверно чаще происходили преждевременные роды (17,0 % против 2,0 %, $p < 0,001$). Средняя масса тела новорожденных в основной группе была значимо ниже ($2951,6 \pm 51,4$ г против $3362,4 \pm 63,7$ г в контроле, $p < 0,001$), с преобладанием маловесных когорт, что является прямым следствием длительно существующей ФПН и хронической гипоксии.

Структура патологии новорожденных от матерей с ВРВТ характеризовалась высокой частотой гипоксических поражений: гипоксия различной степени тяжести была диагностирована у 34,0 % новорожденных (против 8,0 %, $p < 0,001$). Значительную долю занимала гипотрофия (35,0 % против 4,0 %, $p < 0,001$), в том числе и тяжелые ее степени. Также достоверно чаще регистрировались внутриутробное инфицирование (15,0 % против 2,0 %, $p < 0,001$), конъюгационная желтуха (12,0 % против 4,0 %, $p = 0,038$) и нарушения мозгового кровообращения (9,0 % против 1,0 %, $p = 0,010$). Проведенный нами корреляционный анализ выявил умеренную обратную зависимость между тяжестью ВРВТ и массой тела новорожденного ($r_{xy} = -0,72$) и прямую зависимость между продолжительностью заболевания и частотой патологии у новорожденных ($r_{xy} = +0,62$), что доказывает наличие дозозависимого эффекта.

Выводы

1. Варикозное расширение вен таза является значимым фактором, системно отягощающим течение гестационного процесса, родов и послеродового периода. Для пациенток с ВРВТ характерен отягощенный соматический и гинекологический анамнез с высокой частотой дисплазии соединительной ткани, что требует проведения целенаправленной прегравидарной подготовки.
2. Беременность протекает на фоне высокой угрозы прерывания, инфекционных осложнений, прогрессирующей фетоплацентарной недостаточности и преэклампсии, что диктует необходимость тщательного мониторинга с ранних сроков гестации и проведения патогенетически обоснованной терапии.
3. В интранатальном периоде отмечается высокая частота аномалий родовой деятельности и родового травматизма, что обуславливает увеличение частоты оперативного родоразрешения и требует особого подхода к ведению родов у данного контингента женщин.
4. Установлено значительное негативное влияние на состояние плода, проявляющееся синдромом

задержки роста, хронической гипоксией и высокой частотой перинатальной патологии в неонатальном периоде, что подтверждается выявленными корреляционными зависимостями.

5. Полученные данные подчеркивают необходимость выделения беременных с ВРВТ в группу

высокого риска для проведения своевременной профилактики, комплексного мониторинга и разработки индивидуальной тактики ведения на всех этапах гестации, включая прегравидарную подготовку, ведение беременности, родов и послеродового периода.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ерошкина И.А., Богатова И.К., Шмаков Р.Г. Варикозная болезнь вен малого таза у беременных: клинические особенности и тактика ведения // *Акушерство и гинекология*. — 2020. — № 5. — С. 32–38. DOI: 10.18565/aig.2020.5.32-38
2. Stanczyk M., Kwarecki K., Kwarecki M. Pelvic Congestion Syndrome: A Comprehensive Review // *Advances in Clinical and Experimental Medicine*. — 2022. — Vol. 31(3). — P. 355–363. DOI: 10.17219/acem/143567
3. Адамян Л.В., Демура Т.А., Гаспарян С.А. Современные подходы к диагностике и лечению синдрома тазового венозного полнокровия // *Проблемы репродукции*. — 2019. — Т. 25, № 4. — С. 94–101. DOI: 10.17116/repro20192504194
4. Филиппов О.С., Гусева Е.В. Перинатальные аспекты экстрагенитальной патологии у беременных. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. — 256 с.
5. Кирсанова Т.В., Петрухин В.А., Айламазян Э.К. Фетоплацентарная недостаточность при варикозной болезни: патогенетические механизмы и возможности коррекции // *Журнал акушерства и женских болезней*. — 2019. — Т. LXVIII, № 2. — С. 79–88. DOI: 10.17816/JOWD68279-88
6. Daniels J.P., Champaneria R., Shah L. Effectiveness of Embolization or Sclerotherapy of Pelvic Veins for Reducing Chronic Pelvic Pain: A Systematic Review // *Journal of Vascular and Interventional Radiology*. — 2016. — Vol. 27(10). — P. 1478–1486. DOI: 10.1016/j.jvir.2016.04.016
7. Боташева В.Л., Тютюнник В.Л., Хрипунова И.А. Роль нарушений венозного возврата в развитии акушерских осложнений // *Российский вестник акушера-гинеколога*. — 2021. — Т. 21, № 1. — С. 45–52. DOI: 10.17116/rosakush20212101145
8. Bittles M.A., Hoffer E.K. Gonadal vein embolization: treatment of varicocele and pelvic congestion syndrome // *Seminars in Interventional Radiology*. — 2008. — Vol. 25(3). — P. 261–270. DOI: 10.1055/s-0028-1085926
9. Brown C.L., Rizer M., Alexander R. Pelvic Congestion Syndrome: Systematic Review of Treatment Success // *Seminars in Interventional Radiology*. — 2018. — Vol. 35(1). — P. 35–40. DOI: 10.1055/s-0038-1636519
10. Ерошкина И.А., Богатова И.К., Шмаков Р.Г. Влияние варикозной болезни вен малого таза на показатели маточно-плацентарного кровотока и исходы беременности // *Акушерство и гинекология*. — 2021. — № 10. — С. 105–112. DOI: 10.18565/aig.2021.10.105-112
11. Ignacio E.A., Dua R., Sarin S. Pelvic congestion syndrome: diagnosis and treatment // *Seminars in Interventional Radiology*. — 2008. — Vol. 25(4). — P. 361–368. DOI: 10.1055/s-0028-1102998
12. Phillips D., Deipolyi A.R., Hesketh R.L. Pelvic congestion syndrome: etiology of pain, diagnosis, and clinical management // *Journal of Vascular and Interventional Radiology*. — 2014. — Vol. 25(5). — P. 725–733. DOI: 10.1016/j.jvir.2014.01.030
13. Шелагурова А.В., Тихонович О.В., Логотова Л.С. Возможности прогнозирования гестационных осложнений у беременных с варикозным расширением вен таза // *Акушерство, гинекология и репродукция*. — 2022. — Т. 16, № 1. — С. 22–31. DOI: 10.17749/2313-7347/ob.gyn.rep.2022.298
14. Gavrilov S.G., Moskalenko E.P., Krasnikov V.V. The role of transvaginal duplex ultrasound in the diagnosis of pelvic venous incompetence // *Phlebology*. — 2021. — Vol. 36(5). — P. 380–388. DOI: 10.1177/0268355520979952
15. Любимова А.И., Ходжаева З.С. Тромбофилические состояния и их коррекция у беременных с синдромом тазового венозного полнокровия // *Проблемы репродукции*. — 2020. — Т. 26, № 6. — С. 112–119. DOI: 10.17116/repro202026061112
16. Nasser F., Cavalcante R.N., Affonso B.B. Safety, efficacy, and prognostic factors in endovascular treatment of pelvic congestion syndrome // *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. — 2014. — Vol. 125(1). — P. 65–68. DOI: 10.1016/j.ijgo.2013.10.008
17. Asciutto G., Asciutto K.C., Mumme A. Pelvic venous incompetence: reflux patterns and treatment results // *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery*. — 2009. — Vol. 38(3). — P. 381–386. DOI: 10.1016/j.ejvs.2009.05.023
18. Сидорова И.С., Унанян А.Л., Когай В.В. Современные принципы диагностики и терапии хронической тазовой боли у женщин репродуктивного возраста // *РМЖ. Мать и дитя*. — 2018. — Т. 1, № 2. — С. 98–103.
19. Jurga-Karwacka A., Karwacki G.M., Schoetzau A.A forgotten disease: Pelvic congestion syndrome as a cause of chronic lower abdominal pain // *PLoS One*. — 2019. — Vol. 14(4). — e0213834. DOI: 10.1371/journal.pone.0213834
20. Белоусов Д.М., Зубаев А.Р., Игнатьев И.М. Эндоваскулярное лечение синдрома тазовой венозной конгестии: отдаленные результаты // *Ангиология и сосудистая хирургия*. — 2017. — Т. 23, № 3. — С. 115–121.
21. Gloviczki P., Comerota A.J., Dalsing M.C. The care of patients with varicose veins and associated chronic venous diseases: clinical practice guidelines of the Society for Vascular Surgery and the American Venous Forum // *Journal of Vascular Surgery*. — 2011. — Vol. 53(5 Suppl). — P. 25–48S. DOI: 10.1016/j.jvs.2011.01.079

© Богдасаров Азат Юрьевич (azat-01@mail.ru); Давидян Лиана Юрьевна (dliana2009@mail.ru);

Баев Дмитрий Сергеевич (dimka270798@mail.ru)

Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»