

Результаты исследования. Трансформация венозных сосудов в первую половину беременности связано с механической компрессией беременной маткой нижней полой и подвздошных вен, что вызывает стаз крови в венах с последующей их деформацией, и с изменением гормонального фона – происходит выработка большого количества прогестерона, основным действием которого во время беременности является расслабление гладкомышечных клеток. Со второй половины беременности добавляется гемодинамический фактор, что вызывает нарастание скорости варикозной трансформации подкожных вен. В соответствии с вышеперечисленными факторами, у беременных наблюдалось варикозное расширение вен не только нижних конечностей, но и больших половых губ, преддверия и влагалища. Все пациентки во время беременности и в послеродовом периоде использовали компрессионный трикотаж, степень компрессии которого соответствовала степени варикозного расширения вен согласно классификации CEAP. У 21% обследуемых наблюдались сочетанные поражения вен влагалища, преддверия и нижних конечностей. Тогда как изолированное расширение вен нижних конечностей выявлено у 79% обследуемых. Все женщины с сочетанным расширением вен влагалища, преддверия и нижних конечностей являлись повторно рожавшими. Родоразрешение у 100% женщин осуществлялось через естественные родовые пути и не имело особенностей по сравнению с женщинами контрольной группы. У 52% женщин в послеродовом периоде наблюдался регресс заболевания (на основании визуальных и инструментальных данных).

Выводы. Ранняя диагностика варикозного расширения вен, своевременная постановка беременных на учет, их консультация у врачей-специалистов и мероприятия по недопущению прогрессирования заболевания позволяют предотвратить возникновение осложнений во время вынашивания, родов и в послеродовом периоде.

Литература

1. Храмов, А.А. Варикозная болезнь вен нижних конечностей у беременных / А.А. Храмов, П.Н. Паркин, А.А. Берсенина // COLLOQUIUM-JOURNAL. – 2021. – С. 4-6.
2. Варикозная болезнь // Айламазян Э.К. Акушерство : учебник. Москва : Министерство науки и высшего образования РФ, 2019. – С. 327.

Егорова Т.Ю.¹, Новицкая Т.В.¹, Ковалева А.И.²

¹ Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Республика Беларусь,

² Лечебно-консультативная поликлиника, Брест, Республика Беларусь

РОЛЬ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ В РАЗВИТИИ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Ведение. Невынашивание беременности – важная медико-социальная проблема поскольку, отрицательно влияя на уровень рождаемости, перинатальной заболеваемости и смертности, имеет не только медицинское, но и социально-экономическое

значение. Частота самопроизвольных выкидышей составляет от 10 до 20% от всех желанных беременностей [1]. Невынашивание беременности, как правило, является следствием нескольких причин. Важную роль играет соматическое здоровье пациенток, наличие у них системной патологии. В основе большого числа соматических нарушений лежит недифференцированная дисплазия соединительной ткани (НДСТ) [2, 3]. Распространенность единичных фенов НДСТ у женщин репродуктивного возраста достигает 50%. В литературе описывается более высокая частота невынашивания беременности, формирования истмико-цервикальной недостаточности, которая является причиной 15-40% поздних самопроизвольных выкидышей и 30-35% спонтанных преждевременных родов [4, 5], что и обуславливает интерес к изучению влияния НДСТ на течение беременности и родов.

Цель исследования: установить роль недифференцированной дисплазии соединительной ткани как фактора риска развития невынашивания беременности.

Материалы и методы. На основании письменного информированного согласия пациентов проведено проспективное, контролируемое, рандомизированное исследование. С целью оценки влияния НДСТ на течение беременности и родов были сформированы 2 группы пациентов. Проведен анализ данных первичной медицинской документации (амбулаторно-поликлинической, индивидуальных карт беременной, историй родов). Основную группу составили 125 пациенток, у которых на этапе обследования были выявлены малые аномалии развития сердца и не менее 4 фенотипических признаков НДСТ. Группу сравнения составили 103 беременных без признаков НДСТ. Изучены особенности менструального цикла (возраст менархе, длительность менструального цикла, длительность менструального кровотечения), течение беременности и родов.

Результаты исследования: пациенты обследованных групп были сопоставимы по возрасту, уровню образования, семейному статусу. Возраст менархе у большинства женщин составил 11-15 лет, но у пациентов с НДСТ менархе наступало в более поздние сроки 14 (13,0; 14,0) лет ($p=0,002$), что может свидетельствовать о более позднем завершении созревания репродуктивной системы у пациентов с НДСТ. Пациенты основной группы отмечали больший объем менструальной кровопотери и большую длительность менструального кровотечения ($p=0,004$). Аномальные маточные кровотечения статистически значимо чаще встречались в основной группе – 21,4% (ДИ 15,5-28,7), в отличие от группы сравнения – 5,8% (ДИ 2,4-12,8, $p<0,05$). Дисменорея у пациентов с НДСТ отмечена в 3 раза чаще – 61,6% (ДИ 52,4-70,0), против 17,5% (ДИ 11,0-26,5) в группе сравнения ($p<0,05$). У пациентов с синдромом НДСТ в 3 раза чаще, чем у соматически здоровых женщин ($p<0,05$), отмечена самопроизвольная потеря желанной беременности в анамнезе. Привычное невынашивание беременности установлено у 6 пациентов основной группы, что составило 3,8% (ДИ 1,5-8,4), и статистически значимо не отличалось от аналогичного показателя у пациентов группы сравнения, $p>0,05$.

В структуре МАС у беременных с НДСТ преобладали пролапс митрального клапана и аномальные хорды левого желудочка. Отмечена более высокая частота

экстрагенитальной патологии у пациентов основной группы в отличие от группы сравнения, что, возможно, обусловлено внешними и висцеральными признаками НДСТ, определяющими общий соматический статус.

В исследовании получены результаты, подтвердившие роль НДСТ как фактора риска развития невынашивания беременности. Риск развития угрозы прерывания беременности у пациентов с НДСТ в I триместре составил 36% (ДИ 27,6–44,4), во II триместре – 35,2% (ДИ 26,8–43,6) и в III – 32,0% (ДИ 23,8–40,2), ($p < 0,05$). Атрибутивный риск составил 51,4%; 61,4% и 66,6% в I, II и III триместре. В группе пациентов с НДСТ высокая вероятность развития истмико–цервикальной недостаточности (OR 4,9 атрибутивный риск 77,2% (ДИ 71,5–82,6) ($\chi^2=7,227$; $p=0,008$). Наличие НДСТ увеличивает вероятность преждевременного разрыва плодных оболочек (OR=4,2; атрибутивный риск 69,7% (ДИ 63,7–75,7) ($\chi^2=14,347$; $p < 0,001$). У женщин с МАС, ассоциированными с НДСТ, значимо чаще встречается вызванная беременностью артериальная гипертензия (OR=2,9; атрибутивный риск 62,1% (ДИ 55,8–68,4) ($\chi^2=4,263$ $p=0,03$). Отмечен высокий риск плацентарных нарушений (OR=2,7; атрибутивный риск 64,0% (ДИ 57,8–70,2) ($\chi^2=8,316$; $p=0,004$). НДСТ является фактором риска формирования задержки роста плода (OR=4,3; атрибутивный риск 75,7% (ДИ 70,1–81,3; $p < 0,05$).

В основной группе 8 беременностей завершились преждевременными родами, в группе сравнения у 2 пациентов. Для определения влияния НДСТ на вероятность преждевременных родов проведен анализ исходов беременности по Гродненской области за 2019 г. с применением полной теоремы Байеса. Всего по области зарегистрировано 9264 родов, из них 263 преждевременных. Априорная частота преждевременных родов в популяции составила 2,84%, в основной группе с НДСТ – 6,40%. Следовательно, вероятность преждевременных родов у пациентов с НДСТ, рассчитанная по полной теореме Байеса, превысила общепопуляционную в 15,2 раза.

Выводы. НДСТ является фактором риска невынашивания беременности. Наличие НДСТ повышает вероятность развития угрозы прерывания, преждевременного разрыва плодных оболочек. Вероятность преждевременных родов у пациентов с НДСТ, рассчитанная по полной теореме Байеса, превышает общепопуляционную в 15,2 раза. Беременным с НДСТ необходим персонализированный подход, для проведения прегравидарной подготовки.

Литература

1. Сидельникова, В.М. Невынашивание беременности / В.М. Сидельникова, Г.Т. Сухих. – М., 2010. – 534 с.
2. Земцовский, Э.В. Малые аномалии сердца и диспластические фенотипы / Э.В. Земцовский, Э.Г. Малев. – СПб., 2012. – 160 с.
3. Клинические рекомендации Российского научного медицинского общества терапевтов по диагностике, лечению и реабилитации пациентов с дисплазиями соединительной ткани (первый пересмотр) // Мед. вестн. Сев. Кавказа. – 2018. – Т. 13, № 1-2. – С. 137-209.
4. Гулиева, З.С. Недифференцированная дисплазия соединительной ткани как фактор риска развития невынашивания беременности в ранние сроки / З.С. Гулиева, А.М. Герасимов // Вестн. Ивановской мед. академии. – 2013. – №2. – С. 39-42.
5. Смирнова, Т.Л. Особенности клинических проявлений синдрома недифференцированной дисплазии соединительной ткани / Т.Л. Смирнова, Л.И. Герасимова // Доктор.Ру. – 2018. – №8. – С. 40-44. – <https://doi.org/10.31550/1727-2378-2018-152-8-40-44>.