

Гестационные осложнения и перинатальные исходы у женщин с диспластикозависимыми заболеваниями сердечно-сосудистой системы

Небышинец Л. М.¹, Зеленко И. В.^{1,2}, Берещенко А. В.²

*¹Государственное учреждение образования
«Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
г. Минск, Республика Беларусь;*

*²Учреждение здравоохранения «Клинический родильный дом Минской области»,
г. Минск, Республика Беларусь*

Реферат. Дисплазия соединительной ткани (ДСТ) относится к значимым медико-социальным проблемам. Пролапс митрального клапана считается наиболее частым висцеральным маркером дисплазии. Считается, что сочетание пролапса митрального клапана с другими проявлениями ДСТ увеличивает частоту осложнений гестации. В данной статье мы провели сравнительный анализ частоты осложнений беременности, родов, перинатальных исходов у женщин с сердечно-сосудистой патологией, ассоциированной с дисплазией соединительной ткани.

Ключевые слова: дисплазия соединительной ткани, пролапс митрального клапана, варикозное расширение вен нижних конечностей, беременность, роды.

Введение. Дисплазия соединительной ткани представляет собой нарушение развития органов и тканей в эмбриогенезе и в постнатальном периоде. Морфологической основой ДСТ служит снижение содержания отдельных видов коллагена и/или нарушение соотношения между ними, что ведет к снижению прочности соединительной ткани многих органов и систем.

Внешние и висцеральные признаки ДСТ, свидетельствующие о системном вовлечении соединительной ткани со стороны сердечно-сосудистой системы, включают в себя ряд признаков дисморфогенеза [1]. Следует, однако, отметить, что диспластикозависимые изменения сердечно-сосудистой системы не выделены в отдельную рубрику МКБ-10. Вместе с тем при внимательной работе с классификацией можно найти соответствующий код для любого проявления ДСТ. Из диспластикозависимых изменений сердечно-сосудистой системы пролапс митрального клапана считается наиболее частой аномалией клапанного аппарата сердца и самым распространенным висцеральным маркером ДСТ. Так, в частности, пролапс митрального клапана встречается у 17–38 % у женщин репродуктивного возраста и 8–32,9 % беременных [2]. В последнее время стали также появляться публикации о роли неспецифической дисплазии соединительной ткани как ключевого звена в патогенезе варикозного расширения вен нижних конечностей [3].

Довольно противоречивым является вопрос об акушерских осложнениях у пациентов с диспластикозависимыми заболеваниями сердечно-сосудистой системы. Одними исследователями не было отмечено каких-либо отклонений в течении беременности и родов у этих женщин. Другие же авторы наблюдали у них повышенную частоту развития преэклампсии, преждевременных родов, аномалий родовой деятельности, а также случаев задержки роста плода и асфиксии новорожденного. Также считается, что сочетание пролапса митрального клапана с другими проявлениями ДСТ увеличивает



частоту осложнений гестации как со стороны соматического состояния здоровья женщины, так и со стороны течения беременности [4].

Цель работы — изучение особенностей течения беременности, родов и перинатальных исходов у беременных с пролапсом митрального клапана и/или варикозным расширением вен нижних конечностей.

Материалы и методы. Тип исследования — исследование методом поперечного среза. Метод выборки — сплошной. Объект исследования — женщины с пролапсом митрального клапана и/или варикозным расширением вен нижних конечностей, родоразрешенные в УЗ «Клинический родильный дом Минской области» в 2020 г.

Статистическая обработка результатов исследования осуществлялась с помощью программы Statistica 8.0. Учитывая, что значительное количество переменных отличались от нормального распределения (критерий Колмогорова — Смирнова), для дальнейшего анализа данных использовались непараметрические методы математической статистики. Количественные признаки представлены в виде медианы (Me) и межквартильного размаха (25–75 %). Качественные признаки представлены в виде абсолютных и относительных (процентных) величин. Значимость различий качественных признаков оценивалась при использовании критерия Пирсона χ^2 и точного критерия Фишера (при частоте встречаемости менее 5). Для анализа количественных признаков применяли *U*-критерий Манна — Уитни. Для всех видов анализа статистически значимыми считались значения $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Для анализа были отобрано 114 историй родов пациентов с пролапсом митрального клапана и/или варикозным расширением вен нижних конечностей, родоразрешенных в родовом отделении клинического родильного дома Минской области. В первую группу были включены 52 истории родов женщин с пролапсом митрального клапана (ПМК), во вторую группу — 49 историй родов пациентов с варикозным расширением вен нижних конечностей (ВРВНК) и в третью — 13 историй родов, в которых беременные имели сочетание ПМК и ВРВНК (ПМК + ВРВНК).

Возраст пациентов, вошедших в исследование, составил в I, II и III группах 31,5 (28,5–37,0), 29 (26–33) и 29,5 (27–35) лет соответственно. При этом возраст пациентов с ВРВНК оказался достоверно больше в сравнении с женщинами с ПМК ($p = 0,014$). В структуре женщин с ПМК первой и повторнородимые распределились равномерно: первая беременность у 43,1 % ($n = 22$), повторная — у 56,9 % ($n = 29$). В группе женщин с ВРВНК и ВРВНК+ПМК преобладали повторнородимые — 93,9 % ($n = 46$) и 76,9 % ($n = 10$) соответственно. При изучении паритета родов оказалось, что среди пациентов с ПМК первородящих женщин статистически достоверно было больше, чем в группе с ВРВНК ($p = 0,028$) (рисунок 1).

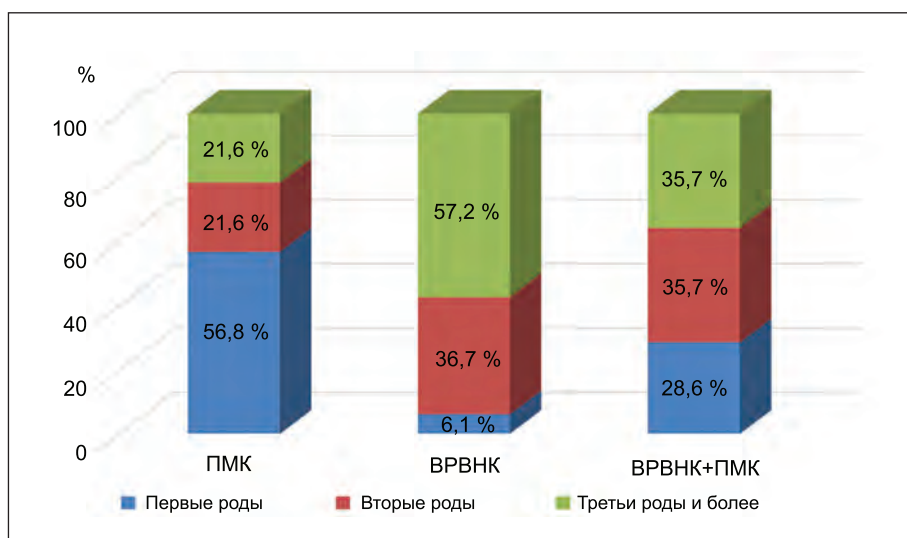


Рисунок 1 — Структура пациентов анализируемых групп по количеству родов

Данные результаты являются вполне предсказуемыми, учитывая, что варикозное расширение вен прогрессирует с возрастом и паритетом родов.

Возраст менархе оказался достоверно меньше у женщин с ПМК в сравнении с беременными с ВРВНК — 13 (12–14) и 14 (13–15) лет соответственно ($p < 0,05$). Менструальный цикл был несколько

короче у женщин третьей группы в сравнении пациентами с ВРВНК: 28 (28–30) и 28 (28–32) дней; $p = 0,079$, а женщины первой группы достоверно чаще указывали на наличие до беременности обильных менструальных кровотечений в сравнении с пациентами второй группы: 26,9 % ($n = 14$) и 10,2 % ($n = 5$); $p = 0,028$.

Самопроизвольные выкидыши и неразвивающуюся беременность в анамнезе статистически значимо реже отмечали женщины с ПМК в сравнении с пациентами с ВРВНК: 42,9 % ($n = 21$) и 5,4 % ($n = 8$); $p = 0,003$.

Миома матки у женщин с ПМК встречалась в 14,3 % ($n = 1$) случаев, что оказалось реже, чем в случае женщин с ВРВНК — 14,3 % ($n = 7$); $p = 0,024$ и в третьей группе пациентов — 14,3 % ($n = 2$); $p = 0,04$.

Изменения размеров таза отмечены в целом у 15 % ($n = 17$) женщин, однако достоверных различий между группами не установлено. Среди форм сужений таза преобладал поперечно суженный таз, составляя 70,6 %.

Экстрагенитальные заболевания, регистрируемые у женщин анализируемых групп, представлены в таблице 1.

Достоверных различий по наличию сопутствующей патологии между группами установлено не было. Вместе с тем отмечалась тенденция к более частой встречаемости миопии у женщин третьей группы (ПМК+ВРВНК); $0,1 > p > 0,05$. Сопутствующая патология костно-мышечной системы (сколиоз, дисплазия тазобедренных суставов) была выявлена только в группе женщин с ВРВНК — 4,1 % ($n = 2$), а хронический геморрой — у 3,8 % ($n = 2$) беременных с ПМК.

Гестационные осложнения отмечались у 46,2 % ($n = 24$) женщин первой группы, 42,3 % ($n = 21$) беременных с ВРВНК и 38,5 % ($n = 5$) пациентов в третьей группе (таблица 2).

Таблица 1 — Сопутствующая патология у пациентов, вошедших в исследование, n (%)

Патология	Группа I ($n = 52$)	Группа II ($n = 49$)	Группа III ($n = 13$)
Заболевания дыхательных путей	4 (7,7 %)	8 (16,3 %)	0
Патология мочевыделительной системы	7 (13,5 %)	3 (6,1 %)	2 (15,4 %)
Эндокринные заболевания	14 (26,9 %)	15 (30,6)	5 (38,5 %)
Миопия	13 (25 %)	11 (22,4 %)	6 (46,2 %)
Неврологические заболевания	3 (5,8 %)	2 (4,1 %)	0
Заболевания желудочно-кишечного тракта	1 (1,9 %)	4 (7,7 %)	1 (7,7 %)
Заболевания сердечно-сосудистой системы (кроме ПМК)	4 (7,7 %)	1 (2 %)	3 (23,1 %)
Заболевания костно-мышечной системы	0	2 (4,1 %)	0

Таблица 2 — Гестационные осложнения у женщин, включенных в исследование, n (%)

Показатель	Группа I ($n = 52$)	Группа II ($n = 49$)	Группа III ($n = 13$)
Анемия беременных	22 (42,3 %)	21 (42,3 %)	6 (46,2 %)*
Угроза прерывания беременности	15 (23,1 %)	12 (24,5 %)	10 (76,9 %)*
Истмико-цервикальная недостаточность	2 (3,8 %)	0	0
Преэклампсия	3 (5,8 %)	4 (8,2 %)	0
Хроническая гипоксия плода	7 (13,5 %)	2 (4,1 %)	0
Гестационный сахарный диабет	1 (1,9 %)	1 (2 %)	2 (15,4 %)
Крупный плод	4 (7,7 %)	3 (6,1 %)	0
Острые респираторные инфекции	19 (36,5 %)	10 (20,4 %)	6 (46,2 %)
Инфекционные заболевания нижних половых путей	22 (42,3 %)	18 (36,7 %)	5 (38,5 %)
Инфекции мочевых путей	0	2 (4,1 %)	0
Преждевременный разрыв плодных оболочек	8 (15,4 %)	8 (16,3 %)	1 (7,7 %)

* $p < 0,05$; различия достоверны по сравнению с группами I и II.

Кроме того, что течение беременности осложнялось анемией беременных статически значимо чаще в III группе по сравнению с двумя другими группами, диагностировалась анемия беременных у пациентов с ПМК в сочетании с ВРВНК в более поздние сроки гестации по сравнению с женщинами II группы: $32,2 \pm 2,28$ и $20,5 \pm 10,1$ недель беременности; $p = 0,024$. Угроза прерывания беременности достоверно чаще отмечалась также у беременных III группы. При этом угрожающий выкидыш у них возникал в более поздние сроки гестации в сравнении со сроками в II группе: $11,4 \pm 3,64$ и $6,8 \pm 0,5$ недель беременности; $p = 0,041$. Отмечалась также тенденция к увеличению частоты возникновения хронической гипоксии плода во время беременности у женщин с ПМК по сравнению с пациентами II группы ($p = 0,07$). Инфекционные осложнения в целом во время беременности встречались статистически значимо чаще у женщин с ПМК, в отличие от беременных с изолированным ВРВНК: $78,9\%$ ($n = 41$) и $61,2\%$ ($n = 30$); $p = 0,013$.

Роды через естественные родовые пути произошли у $55,8\%$ ($n = 63$) женщин трех групп. Общая продолжительность родов между группами не различалась, составляя в I, II и III группах соответственно $376 \pm 162,1$ мин, $379 \pm 141,6$ мин и $379 \pm 229,8$ мин; $p > 0,05$. Наблюдалась более низкая кровопотеря в родах у женщин с ПМК в сравнении с кровопотерей в III группе: $284 \pm 40,1$ и $379 \pm 229,8$ мл соответственно; $p = 0,024$. Родовой травматизм, эпизиотомия, гематометра были отмечены соответственно в $34,9\%$ ($n = 22$), $11,1\%$ ($n = 7$) и $6,3\%$ ($n = 4$) всех случаев без статистических различий между группами.

Родоразрешены путем операции кесарева сечения в плановом порядке $31,9\%$ ($n = 36$) всех пациентов. Структура показаний для планового оперативного родоразрешения представлена на рисунке 2.

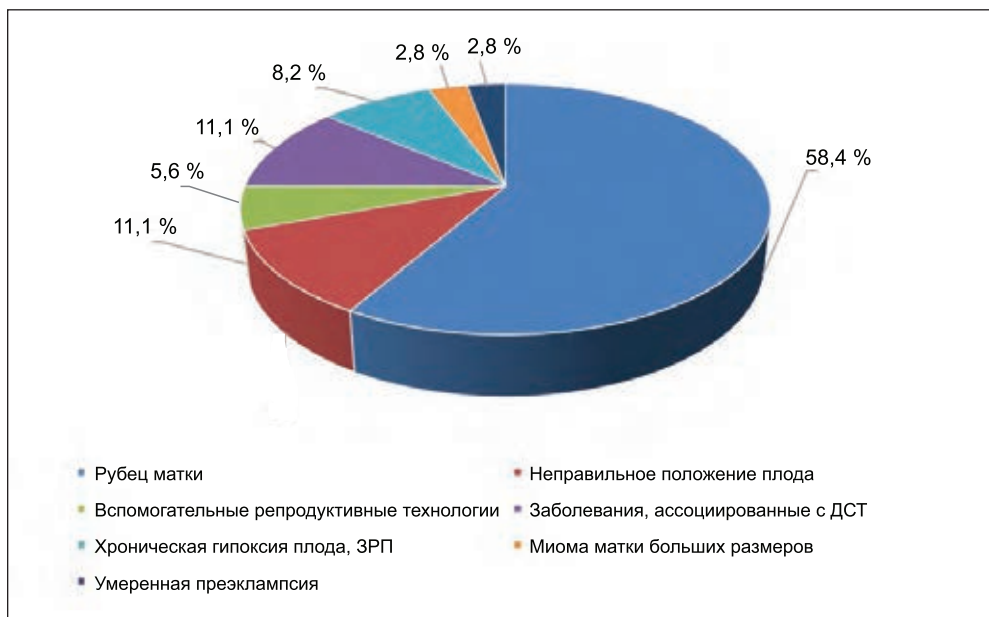


Рисунок 2 — Показания к родоразрешению путем операции кесарева сечения в плановом порядке

Следует отметить, что среди показаний к плановому оперативному родоразрешению путем операции кесарева сечения, кроме акушерских, отмечались и показания, связанные с наличием диспластикозависимой патологии: дисплазия тазобедренных суставов ($n = 1$), оперативное лечение по поводу межпозвоночной грыжи ($n = 1$), симфизиопатия ($n = 1$) и осложненная миопия высокой степени ($n = 1$).

Экстренное родоразрешение путем операции кесарева сечения произведено $12,4\%$ ($n = 14$) женщин из трех групп, что составило 28% от всех оперативных родоразрешений. При анализе частоты экстренных кесаревых сечений между группами оказалось, что в группе рожениц с ПМК экстренное кесарево сечение выполнялось достоверно чаще, чем роженицам с ВРВНК: $19,2\%$ ($n = 10$) и $6,1\%$ ($n = 4$); $p = 0,035$. Структура показаний для экстренного оперативного родоразрешения представлена на рисунке 3.

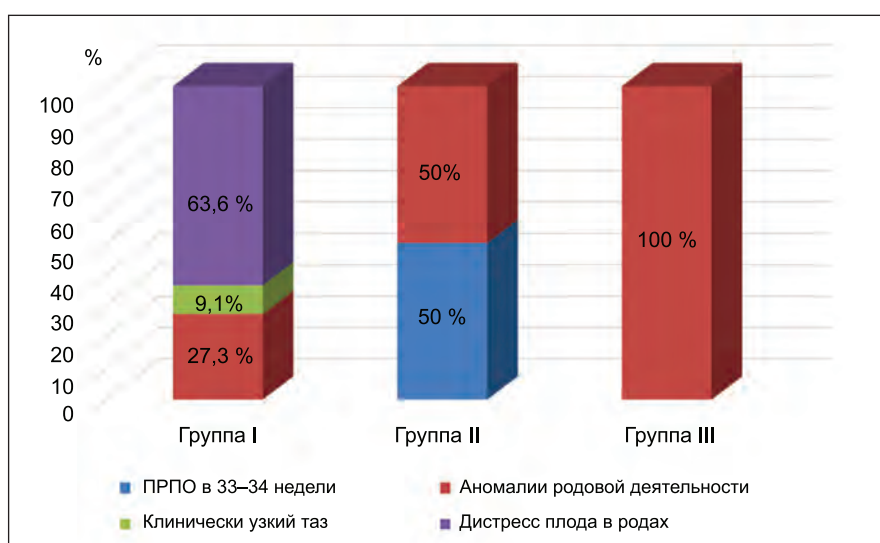


Рисунок 3 — Структура экстренных кесаревых сечений в анализируемых группах

Основным показанием к экстренной операции кесарева сечения было нарушение состояния плода в родах: 50 % ($n = 7$) всех женщин родоразрешены в связи с дистрессом плода. При этом все эти женщины входили в I группу — пациенты с ПМК. Таким образом, при родоразрешении пациентов с ПМК дистресс плода развился в 14,3 % случаев. Дистресса плода при родоразрешении женщин с ВРВНК и сочетанием ПМК с ВРВНК отмечено не было. Экстренное родоразрешение в этих двух группах в большинстве случаев было связано с отсутствием эффекта от лечения аномалий родовой деятельности.

Течение раннего неонатального периода осложнилось у 22,1 % ($n = 25$) новорожденных детей (рисунок 4). Перинатальных потерь в изучаемых группах не было.



Рисунок 4 — Структура осложнений раннего неонатального периода в изучаемых группах

Врожденные пороки развития имели 4,4 % ($n = 5$) новорожденных детей. Среди врожденных пороков развития у новорожденных: врожденные пороки сердца — 66,7 %, в том числе дефект межжелудочковой перегородки ($n = 3$), открытое овальное окно ($n = 1$); расщелина верхней губы и альвеолярного отростка слева ($n = 2$), кистозная дисплазия правой почки ($n = 1$). Отмечалась тенденция к увеличению инфекций, осложнивших течение раннего неонатального периода, у новорожденных от женщин с ПМК по сравнению с детьми пациентов II группы: 13,5 % ($n = 7$) и 4,1 % ($n = 2$);

$0,1 > p > 0,05$. Необходимо также отметить, что родовой травматизм у новорожденных наблюдался только в группе родильниц с ПМК — 11,5 % (кефалогематома ($n = 2$) и субапоневротическое кровоизлияние ($n = 1$) от детей этой группы.

Заключение. Проведенное исследование продемонстрировало, что наличие сердечно-сосудистой патологии, ассоциированной с дисплазией соединительной ткани, оказывает влияние на течение беременности, родов и перинатальные исходы:

1. Течение беременности у женщин с пролапсом митрального клапана чаще осложнялось развитием хронической гипоксии плода и различных инфекционных заболеваний, а течение родов — дистрессом плода при родоразрешении, что привело к увеличению у таких рожениц частоты экстренных оперативных вмешательств. У новорожденных от женщин с пролапсом митрального клапана чаще встречались родовые травмы и инфекционные заболевания, осложнявшие течение раннего неонатального периода.

2. Анемия беременных и угроза прерывания беременности чаще осложняли течение беременности у женщин с сочетанием пролапса митрального клапана и варикозного расширения вен нижних конечностей, причем манифестировали эти осложнения в более поздние сроки гестации. При родоразрешении пациентов с сочетанием пролапса митрального клапана и варикозного расширения вен нижних конечностей через естественные родовые пути была отмечена большая кровопотеря в родах по сравнению с женщинами с ПМК.

3. Врожденные пороки сердца у новорожденных от матерей с сердечно-сосудистой патологией, ассоциированной с дисплазией соединительной ткани, составили 66,7 % от всех выявленных ВПР.

Литература

1. Диагностика и лечение наследственных и многофакторных нарушений соединительной ткани: национальные клинические рекомендации / М-во здравоохранения Респ. Беларусь, Белорус. науч. о-во кардиологов, Белорус. гос. мед. ун-т; [авт.-разраб.: Е. Л. Трисветова [и др.]. — Минск: ДокторДизайн, 2015. — 59 с.

2. Бадриева, Ю. Н. Особенности течения гестации у женщин с пролапсом митрального клапана на фоне недифференцированной дисплазии соединительной ткани / Ю. Н. Бадриева // Современные проблемы науки и образования. — 2015. — № 4. — Режим доступа: <http://science-education.ru/ru/article/view?id=20495>. — Дата доступа: 29.05.2021.

3. Цуканов, Ю. Т. Варикозная болезнь вен нижних конечностей как следствие дисплазии соединительной ткани / Ю. Т. Цуканов, А. Ю. Цуканов // Ангиологии. — 2004. — № 2. — С. 84–89.

4. Клеменов, А. В. Дисплазия соединительной ткани и беременность (обзор) / А. В. Клеменов, О. Н. Ткачева, А. Л. Верткин // Тер. архив. — 2004. — № 11. — С. 80–83.

Gestational complications and perinatal outcomes in women with dysplastic-dependent diseases of the cardiovascular system

Nebyshynets L. M.¹, Zelenko I. V.^{1,2}, Bereschenko A. V.²

¹*State Educational Institution «Belarusian Medical Academy of Postgraduate Education», Minsk, Republic of Belarus;*

²*Health Care Institution «Clinical Maternity Hospital of the Minsk region», Minsk, Republic of Belarus*

Connective tissue dysplasia (CTD) is a significant medical and social problem. Mitral valve prolapse is considered the most common visceral marker of CTD. It is believed that the combination of mitral valve prolapse with other manifestations of CTD increases the frequency of gestational complications. In this article, we conducted a comparative analysis of the frequency of complications of pregnancy, childbirth, and perinatal outcomes in women with cardiovascular pathology associated with connective tissue dysplasia.

Keywords: connective tissue dysplasia, mitral valve prolapse, lower extremity varicose veins, pregnancy, childbirth.

Поступила 23.06.2021

