

УДК: 618.3+616.147.3-007.64-06]-084

ПРИНЦИПИ ПРОФІЛАКТИКИ ТРОМБОТИЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ ВАРИКОЗНОЇ ХВОРОБИ У ВАГІТНИХ

*ЛІХАЧОВ В.К., ЛЯХОВСЬКА Т.Ю., ДОБРОВОЛЬСЬКА Л.М.,
МАКАРОВ О.Г., ЯРЕМЧУК Л.В.*

м. Полтава

Варикозне розширення вен займає одне з перших місць у загальній структурі захворювань судинної системи і згідно даних літератури виявляється у 20-25 % дорослого населення, причому у жінок зустрічається у 4 рази частіше, ніж у чоловіків [1]. У 50-80 % жінок варикозна хвороба вперше виникає під час вагітності, коли в їх організмі створюються умови для тромбоутворення: приплив крові до органів малого тазу, розширення вен і зниження їх тонусу, розвиток клапанної недостатності; здавлення маткою магістральних судин, підвищення гідростатичного тиску у венах нижніх кінцівок, уповільнення в них швидкості кровообігу; постійне збільшення рівню прогестерону і релаксину, які знижують тонус гладком'язових компонентів судин і підвищують у 2-2,5 рази судинну проникність [2, 7, 8].

Венозний тромбоз і тромбоемболія легеневої артерії у вагітних зустрічаються у 5-6 разів частіше, ніж поза вагітністю і становлять від 0,5 до 5% за даними різних авторів [3, 6]. При фізіологічному перебізі вагітності частота тромбоемболічних ускладнень (ТЕУ) становить 0,42%, після фізіологічних пологів – 3,5%, а після розродження шляхом операції кесарського розтину ризик ТЕУ зростає у 10-15 разів [3, 5, 6]. Хронічна венозна недостатність і її прояви у вигляді варикозної хвороби вен нижніх кінцівок та зовнішніх статевих органів ускладнюють перебіг вагітності, пологів і післяпологового періоду і призводять до зростання материнської захворюваності і смертності. Розробка і впровадження в акушерську практику сучасних методів лікування варикозної хвороби і профілактика ускладнень у вагітних, роділь і породіль є актуальною проблемою.

Матеріал і методи дослідження

Під спостереженням знаходилось 36 вагітних з варикозною хворобою, які склали основну групу дослідження. Проведений також клініко-статистичний аналіз 30 історій пологів і обмінних карт вагітних без варикозної хвороби (контрольна група). Комплекс обстеження включав вивчення даних анамнезу, клінічних, лабораторних, функціональних і інструментальних методів дослідження. При опитуванні жінки враховували клінічні ознаки: наявність важкості в ногах, біль за ходом вени, набряки, парестезії та судоми, еритема та загальний вигляд кінцівки. Оцінювали показники судинно-тромбоцитарної та коагуляційної ланок гемостазу (кількість тромбоцитів, гематокрит, протромбіновий індекс, толерантність плазми до гепарину, час рекальцифікації плазми, рівень фібриногену, наявність продуктів деградації фібрину і фібриногену, антитромбін III, швидкість агрегації тромбоцитів). З метою діагностики варикозного розширення вен та визначення венозної недостатності проводили ультразвукове дуплексне сканування судин нижніх кінцівок.

Результати дослідження та їх обговорення

Середній вік жінок основної групи коливався від 19 до 41 року і в середньому становив $31,5 \pm 5,7$ років. Індекс маси тіла (ІМТ) в межах норми визначався у 6 (16,7%) вагітних, ожиріння I ступеню діагностовано у 19 (52,8%), II ступеню – у 7 (19,4%), III ступеню – у 4 (11,1%) жінок. У середньому ІМТ становив $29,7 \pm 4,6$. У відповідності з проведеним аналізом у вагітних з варикозною хворобою достатньо високою є частота розвитку дисфункції плаценти – у 9 (25%) осіб, пізніх гестозів – у 6 (16,2%), передчасного розриву плідних оболонок – у 8 (22,2%) вагітних у порівнянні з жінками контрольної групи, де частота даних ускладнень становила 16,7%, 10%, і 13,3%, відповідно.

Серед обстежених першороділь було 11 (30,6%), повторнороділь 25 (69,4%). Передчасно народили 6 (16,7%), вчасні пологи відбулися у 30 (83,3%) жінок. Самостійно народжували 24 (66,7%) вагітні, кесарський розтин проведений 12 (33,3%) жінкам. Показаннями до кесарського розтину були: рубець на матці та пізні гестози – по три випадки, дистрес плода і тазове передлежання плода – по два випадки, передчасне відшарування нормально розташованої плаценти та первинна слабкість пологової діяльності – по одному випадку. Пологи у жінок з варикозним розширенням вен ускладнилися слабкістю пологової діяльності в 6 (16,2%) випадках, проти 2 (6,7%) випадків у контрольній групі. Кровотечі у послідовому та ранньому післяпологовому періодах зустрічалися майже з однаковою частотою і становили 5,6% та 3,3%, відповідно.

Усі вагітні оглянуті судинним хірургом. Клінічними проявами варикозного розширення вен були: наявність важкості в ногах у 28 (77,8%), біль за ходом вени при пальпації у 20 (53,8%), набряк у 16 (44,4%), парестезії та судоми у 10 (27,9%), еритематозне почервоніння у 8 (22,2%) жінок. Варикозна хвороба супроводжувалась хронічною венозною недостатністю (ХВН) у всіх вагітних. ХВН I ступеню встановлена у 24 (66,7%) жінок, ХВН II ступеню – у 12 (33,3%) осіб. У 2 (5,6%) жінок спостерігали варикозне розширення вен зовнішніх статевих органів. За наявності варикозної хвороби зміни, які відбуваються у венозній системі, несуть потенційну загрозу розвитку тромботичних ускладнень, що небезпечно розвитком тромбоемболії. Тому відповідно до Наказу МОЗ України № 329 від 15.06.2007 року «Клінічний протокол. Профілактика тромботичних ускладнень в хірургії, ортопедії, травматології, акушерстві і гінекології» [4] всім вагітним з варикозною хворобою була проведена оцінка ступеню ризику розвитку тромботичних ускладнень: низький ризик визначений у 18 (50%), середній – у 16 (44,4%), великий – у 2 (5,6%) жінок. Відповідно до визначеного ступеню ризику проводили профілактику їх виникнення: у I-й групі – механічна компресія шляхом еластичного бинтування чи носіння компресійного трикотажу та рання активізація породіллі; у II-й групі застосовували додатково низькомолекулярні гепарини (НМГ) у профілактичних дозах після пологів протягом 5-6 діб; у III-й групі – великі профілактичні дози НМГ під час вагітності та 6-8 тижнів після пологів.

Судинно-тромбоцитарний гемостаз під час вагітності оцінювали по кількості та агрегації тромбоцитів. Достовірно значимої різниці між кількістю тромбоцитів у обох групах ми не виявили ($289,9 \pm 17,4$ в основній та $287,4 \pm 19,2$ у контрольній групах). Проте агрегаційна активність тромбоцитів була вищою у жінок з варикозною хворобою, на що вказує збільшення кута агрегації на 7,4% ($p < 0,05$), оптичної щільності на 17,7% ($p < 0,02$), укорочення часу агрегації на 23,5% ($p < 0,01$), відповідно. Також нами відмічене вкорочення часу рекальцифікації плазми у вагітних основної групи до $85,2 \pm 2,91$ с проти $94,1 \pm 3,73$ с у жінок групи контролю ($p < 0,05$), протромбінового часу ($17,3 \pm 1,15$ с проти $21,1 \pm 1,12$, $p < 0,05$, відповідно). Дані зміни можуть свідчити про підвищення активності внутрішніх факторів прокоагулянтної ланки системи гемостазу. Разом з тим рівень активності антитромбіну III у жінок основної групи був на 18% ($p < 0,05$) нижчим, ніж у групі контролю ($74,7 \pm 71,43\%$ та $88,1 \pm 1,58\%$), що вказує на зниження активності фібринолітичної системи. Достовірно значимої різниці в концентрації фібриногену не спостерігалось ($4,5 \pm 0,17$ г/л та $4,2 \pm 0,14$ г/л у жінок основної та контрольної груп). Виявлені зміни свідчать про розвиток початкової стадії внутрішньо судинного зсідання крові і збільшення ризику тромбоемболічних ускладнень у жінок варикозною хворобою.

В післяпологовому періоді на фоні проведення профілактики венозних ускладнень спостерігалась нормалізація показників системи гемостазу, у групі жінок з варикозною хворобою вони наближались до таких у групі контролю. Також відмічене зменшення клінічних проявів хвороби. У всіх жінок основної групи тромботичних ускладнень не було.

Висновки

Вид і тривалість профілактики тромботичних ускладнень визначається категорією ризику виникнення даної патології, вона повинна починатись під час вагітності, продовжуватись в пологах, післяпологовому та післяопераційному періодах у повному обсязі, що дасть можливість знизити частоту розвитку тромботичних ускладнень.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Астахов В.М.* Применение венотоников у беременных, страдающих варикозной болезнью нижних конечностей / В.М.Астахов, М.А.Шемякова, Вассеф Шериф, М.А.Егорова // Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України. – К.: Інтермед. – 2008. – С.74-80.
2. *Бенюк В.О.* Оптимізація методів профілактики і лікування варикозної хвороби у породіллей / В.О. Бенюк, Т.Р. Никонюк, О.А.Диндар та ін. // Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України. – К.: Інтермед. – 2010. – С.5-10.
3. *Деревянко Л.И.* Венозные тромбозы и тромбоэмболии в послеродовом периоде / Л.И.Деревянко, Л.А.Васильева // Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України. – К.: Інтермед. – 2008. – С.513-517.
4. Наказ МОЗ України № 329 від 15.06.2007 року "Клінічний протокол. Профілактика тромботичних ускладнень в хірургії, ортопедії, травматології, акушерстві і гінекології"
5. Основы репродуктивной медицины: практическое руководство / Под ред. профессора Чайки В.К. – Донецк: ООО "Альматео", 2005. – 608 с.
6. *Сенчук А.Л.* Тромбоэмболические осложнения в акушерстве и гинекологии / А.Л.Сенчук, Б.М.Венцовский // К.: Малкол, 2003. – 359 с.
7. *Тутов С.Н.* Принципы лечения и профилактики венозных тромбоэмболических осложнений у беременных с хронической венозной недостаточностью / С.Н.Тутов, А.В. Чурилов, Ю.Г.Друпп и др. // Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України. – К.: Інтермед. – 2010. – С.333-335.
8. *Омарова Х.М.* Варикозное расширение вен половых органов – лечение хронической венозной недостаточности и профилактика тромбофлебитических осложнений во время беременности / Х.М.Омарова // Проблемы репродукции. – 2007. – № 4. – С.45-49.

УДК 618.19-06-084:614.1:313.13

**ПОРУШЕННЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я ЯК ФАКТОРИ
РИЗИКУ РОЗВИТКУ ДИСГОРМОНАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ
МОЛОЧНИХ ЗАЛОЗ**

ЛАСАЧКО С. А.

м. Донецьк

Своєчасна діагностика та профілактика захворювань молочних залоз є невід'ємною частиною охорони материнства та дитинства. Враховуючи, що молочна залоза є органом репродуктивної системи жінки і мішенню для статевих гормонів, дуже важливими є пошук і виділення найбільш значущих факторів ризику і можливостей профілактики.

Метою дослідження був пошук факторів ризику дисгормональних захворювань молочних залоз і проведення детального аналізу впливу порушень репродуктивного здоров'я жінки на стан молочних залоз, виділення найбільш значущих факторів.

Проведено ретроспективний аналіз медичної документації 1057 жінок репродуктивного віку з непухлинними ураженнями молочних залоз і 190 умовно здорових жінок контрольної групи. Математичну обробку проводили за методом парної лінійної регресії. Проаналізовано 62 фактори. Достовірний вплив ($p < 0,05$) встановлено для 41 фактора, з них негативний - для 36, захисний - для 5. Найбільш значущими негативними чинниками виявилися порушення лактації, короткотривала (менше 6 місяців) лактація та наявність ре-