

9. Nohr EA, Vaeth M, Bech BH, Henriksen TB, Cnattingius S, Olsen J. Maternal obesity and neonatal mortality according to subtypes of preterm birth. *Obstet Gynecol.* 2007;110(5):1083–1090.

минимального использования фармакотерапии при физиологическом течении беременности.

Ключевые слова: правильное питание, физиология пищеварения, беременность.

SUMMARY

РЕЗЮМЕ

ОСОБЕННОСТИ ПИТАНИЯ БЕРЕМЕННЫХ

КАМИНСКИЙ В.В., ШВЕЦ О.В.,
ГЕРВАЗЮК О.И.

В статье приведены принципы рационального питания во время гестации, основываясь на изменениях в организме беременной женщины. Представлена модель правильного питания, как помощь врачам по адаптации диеты беременных с целью предупреждения клинических проявлений дисфункции пищеварительной системы и

NUTRITION FEATURES IN PREGNANCY

The article presents the principles of a balanced diet during gestation, based on changes in the pregnant woman's body. Presents a model of proper nutrition, how to assist doctors to adapt the diet of pregnant women for the prevention of clinical manifestations of dysfunction of the digestive system and minimize of pharmacotherapy usage in the physiological course of pregnancy.

Key words: proper nutrition, physiology of digestion, pregnancy.

Поступила 5.07.2015

УДК 618.3-06:616-03

КОВАЛЬ С.Д.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,
Кафедра акушерства і гінекології №3, м. Київ,

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології» АМН України

АЛГОРИТМ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ВАРИКОЗНОГО РОЗШИРЕННЯ ВЕН МАЛОГО ТАЗУ ТА НИЖНІХ КІНЦІВОК У ВАГІТНИХ

Проведено дослідження 125 вагітних з варикозним розширенням вен (ВРВ) нижніх кінцівок. Шляхом кольорового дуплексного картування судин малого таза у 52% жінок виявлено ВРВ малого таза. При вивченні гемостазу у обстежуваних жінок виявило порушення згортання крові: підвищення рівня фібриногену, протромбінового індексу, тромбоеластограми, зниження рівня антитромбіну III. Для лікування ВРВ призначали комплексну терапію, що включала компресію та капіляростабілізуючий засіб, біофлавоноїд. В результаті лікування відзначено клінічне поліпшення, нормалізацію матково-плацентарного і плодово-плацентарного кровотоку, відновлення показників гемостазу.

Ключові слова: варикозне розширення вен, дуплексне сканування, компресія, біофлавоноїд.

В останні роки предметом поглиблених досліджень стала варикозна хвороба вен малого таза та нижніх кінцівок. В дослідженнях останніх років вказано, що однією з найчастіших причин хронічного тазового болю у жінок репродуктивного віку є повнокрів'я вен таза [2, 5]. Це стали виявляти у хворих з хронічним тазовим болем після широкого застосування доплерографії судин малого таза шляхом кольорового дуплексного сканування. Даний метод дослідження дозво-

ляє не лише діагностувати ВРВ малого таза, але й оцінювати ефективність проведеного лікування [3, 6, 7].

Найбільший інтерес представляє діагностика ВРВ малого таза у вагітних, оскільки її наявність може сприяти розвитку акушерської та перинатальної патології [1,4].

Мета дослідження

Оптимізація діагностики та лікування варикозного розширення вен малого таза у вагітних жінок.

Матеріал і методи дослідження

Нами обстежено 125 вагітних з ВРВ нижніх кінцівок та зовнішніх статевих органів і 20 здорових вагітних жінок. Наявність ВРВ малого тазу діагностували за допомогою дуплексного сканування в режимі кольорового доплера, спостерігали за матково-плацентарним (МПК) та плодово-плацентарним кровотоком (ППК).

За результатами доплерометрії обстежені жінки розділені на 2 групи: I група – 65 вагітних з ВРВ малого тазу та нижніх кінцівок, II група – 60 вагітних лише з ВРВ нижніх кінцівок. Контрольну групу склали 20 здорових вагітних жінок.

Стан системи гемостазу оцінювали до та після лікування шляхом визначення в сироватці крові концентрації фібриногену; активованого часткового тромбопластинного часу (АЧТЧ); протромбінового індексу (ПТІ); антитромбіну III, тромбоеластограми та вмісту кальцію.

Результати дослідження та їх обговорення

Частота ВРВ малого тазу серед всіх обстежених становила 44,8%, а серед 125 вагітних з ВРВ нижніх кінцівок – 52%, що вказує на високу частоту цієї патології у вагітних.

При вивченні репродуктивного анамнезу обстежуваних встановили – 38 (26,2%) жінок першовагітні та першонароджуючі, 30 (20,7%) - повторновагітних та повторно-народжуючих, 7 (4,8%) – повторновагітних,

але першонароджуючих, 70 (48,3%) – багаторонароджуючі (3 і більше пологів).

За терміном гестації жінки розподілені на 3 групи: 20-26 тижнів – 22 (15,2%) вагітні, 27-32 тижнів – 43 (29,6%) вагітні та 33-38 тижнів – 80 (55,2%) вагітних. Виявлено, що серед вагітних в терміні 20-26 тижнів частота ВРВ малого тазу становила 22,6%, в 27-32 тижнів – 36,4%, у строки 33-38 тижнів – 47,5%. ВРВ малого тазу частіше розвивається після 32 тижнів вагітності та пов'язане з тиском збільшеної матки на судини малого тазу.

Нами проведено вивчення матково-плацентарно-плодового кровотоку (МППК) у жінок з ВРВ. У обстежуваних I групи порушення МППК I ступеня виявлено у 25 (41,7%) вагітних та II групи з варикозом нижніх кінцівок – 7 (10,8%), що достовірно вище ($p < 0,05$) групи контролю – 1 (5%). Порушення МППК II ступеня відзначено лише у 2 (3,3%) вагітних I групи. Зниження ППК спостерігалось в 1,6 рази частіше в порівнянні з порушенням МПК у вагітних з ВРВ малого тазу та з ВРВ нижніх кінцівок. Порушення МПК та ППК сприяло розвитку ускладнень, що виявлені у вагітних до лікування: фетоплацентарна недостатність 32% – у I та 28% – у II групі, хронічна внутрішньоутробна гіпоксія плода у 11,6% та 9,3% відповідно.

У всіх вагітних з ВРВ спостерігалися порушення коагуляційного ланки гемостазу. З метою його оцінки, проведено вивчення показників гемостазіограми (таблиця 1).

Таблиця 1

Стан гемостазу у жінок з варикозною хворобою до лікування

Показники	I група, n=60	II група, n=65	Контрольна група, n=20
Фібриноген, г/л	7,3±0,6	6,7±0,4	3,8±0,4
Активований частковий тромбопластичний час АЧТЧ, с	44,1±1,5	40,2±1,8	46,5±1,1
Протромбіновий індекс, %	115,1±3	107,2±3,2	93,3±3,9
Антитромбін III, г/л	59,1±2,3	61,7±1,5	74,9±4,7
Тромбоеластограма	9,5±0,7	11,4±1	5,9±0,4
Кальцій, ммоль/л	1,9±0,04	2,1±0,04	2,2±0,03

Як видно із представлених даних в таблиці, фібриноген був підвищений у пацієнток обох груп з ВРВ, але перевищував

у вагітних I групи. Показник АЧТЧ був нижчим у вагітних II групи з ВРВ нижніх кінцівок. Якщо ПТІ в контрольній групі

в середньому становив $93,3 \pm 3,9$, то у вагітних з ВРВ він був підвищеним і склав в І групі $115,1 \pm 3,0$, а у ІІ групі – $107,2 \pm 3,2$. Антитромбін ІІІ був значно нижче в І групі ($59,1 \pm 2,3$) порівняно зі здоровими вагітними та вагітними ІІ групи. Тромбоеластограма в І групі в 1,6 рази, у ІІ групі майже в 2 рази перевищувала показники групи контролю. Інтерес представляє також визначення концентрації кальцію в сироватці крові. В дослідженні відзначалося зниження даного показника у вагітних І групи ($1,9 \pm 0,04$). У ІІ групі рівень кальцію в крові не відрізнявся від показників групи контролю і був в межах нормативних значень.

Для оцінки впливу терапії основна досліджувана група жінок з ВРВ поділена на основну (62 вагітні) та порівняльну (63 вагітні) групи. В основній групі в терміні гестації 33-37 тижнів призначали комплексну терапію, що включала компресію середнього степеню 23-32 мм.рт.ст. та пероральний капіляростабілізуючий засіб, біофлавоноїд (діосмін і гесперидин) по 1 таблетці (500 мг) 2 рази на добу протягом 4 тижнів, а в ІІ групі порівняння призначали аскорутин по 1 таблетці 3 рази на добу препарат місцевої дії (ліотон) протягом 4 тижнів.

Після проведеного лікування у обстежуваних жінок відзначали відсутність болю в уражених кінцівках (62% – в основній групі, та 21% в групі порівняння), зникнення еритематозного почервоніння – 88% і 59% відповідно в групах спостереження, зменшення набряку кінцівок (48,5% та 30% відповідно). Зменшувалися суб'єктивні прояви венозної недостатності: почуття важкості (56% – в основній групі та 21% в групі порівняння), парестезії (91% і 66,5% відповідно), судом (88% і 43,5% в групах спостереження, відповідно). У жінок покращився загальний стан шкіряних покривів уражених кінцівок (86,5% і 60% в групах спостереження, відповідно), зменшився свербіж (94,5% та 59% відповідно). Суб'єктивне поліпшення стану кінцівок відзначалося у 98,5% жінок основної групи та у 58% вагітних групи порівняння вже через тиждень лікування.

Проведення доплерометрії судин малого таза після лікування показало, що діаметр варикозних судин зменшився майже в 1,4 рази в основній групі та у 1,1 рази в групі порівняння, покращився кровообіг в МППК.

Показники гемостазу після проведення лікування помітно змінилися і наближалися до показників здорових вагітних. Фібриноген в основній групі знизився в 1,7 рази та становив $4,3 \pm 0,5$ г/л, в групі порівняння лише в 1,26 рази. АПТЧ майже не відрізнявся від групи контролю в обох досліджуваних групах, проте був нижчий у групі порівняння. ПТІ достовірно знизився в основній групі та склав в середньому $98,2 \pm 2,2$ ($p < 0,001$). Відновився показник антитромбіну ІІІ, покращилися показники тромбоеластограми в обох групах, проте залишалися вище норми. Нормалізація показників гемостазу після застосування комплексної терапії свідчать про ефективність її та можливість призначення з профілактичною метою у вагітних з ВРВ.

Після прийому комплексної терапії у 60 (96,7%) вагітних відзначена нормалізація показників кровотоку в пуповинних і маткових артеріях, що значно відрізняється від показників групи порівняння – лише у 43 (73%).

Висновки

ВРВ малого таза зустрічалось в 2 рази у багатонароджуючих пацієнток в порівнянні з першо- і повторно вагітних; у 47,5% вагітних з терміном гестації більше 32 тижнів, що вказує на зростання цієї патології з паритетом і терміном гестації.

Найбільш інформативним методом діагностики ВРВ малого таза у жінок в ІІ і ІІІ триместрах вагітності є доплерографічне дослідження шляхом кольорового дуплексного сканування.

Призначення вагітним з ВРВ нижніх кінцівок та ВРВ малого таза запропонованої комплексної терапії призводить до венотонічного ефекту, відновлення показників гемостазу та сприяє поліпшенню МПК і ППК, а також знижує частоту акушерської патології.

ПЕРЕЛІК ЛІТЕРАТУРИ

1. Артымук Н.В. Варикозное расширение вен органов малого таза / Артымук Н.В. // Рос. вест. акуш. гинеколога. – ISSN 17266122. – 2007. – № 6. – С. 74–77.
2. Богачев В.Ю. Варикозная болезнь во время и после беременности / В.Ю. Богачев // Гинекология: журнал для практи-

- кующих врачей. – М.: Медиа Медика, 2006. – Т. 8, № 5/6. – С. 41–43.
3. *Неймарк А.И.* Дифференцированный подход к лечению варикозного расширения вен малого таза у женщин / А.И. Неймарк, А.А. Карпенко, Н.В. Шелковникова, Т.С. Таранина // *Ангиология и сосуд.хирур.* – Т. 13, № 3. – 2007. – С. 79–84.
4. *Омарова Х.М.* Варикозное расширение вен половых органов – лечение хронической венозной недостаточности и профилактика тромбофлебитических осложнений во время беременности. / Х.М. Омарова // *Пробл. репродук.* – 2007. – № 4. – С. 85–89.
5. *Kaupilla A.* Uterine phlebography in a diagnosis of the pelvic vascular diseases. A review / A. Kaupilla // *Rev.Fr.Gynecol. Obstet.* – V. 77, № 6. – 1982. – P. 491–496.
6. *Scuitetus A.H.* The pelvic venous syndromes: analysis of our experience with 57 patients / A.H. Scuitetus, J.L. Villavicencio, D.L. Gillespie // *J.Vasc. Surg.* – V. 36, № 5. – 2002. – P. 881–888.

РЕЗЮМЕ

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЗНОГО РАСШИРЕНИЯ ВЕН МАЛОГО ТАЗА И НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БЕРЕМЕННЫХ

КОВАЛЬ С.Д.

Проведено исследование 125 беременных с варикозным расширением вен (ВРВ) нижних конечностей. Путем цветного дуплексного картирования сосудов малого таза у 52% женщин выявлено ВРВ малого таза. При изучении ге-

мостаза у обследуемых женщин выявило нарушения свертывания крови: повышение уровня фибриногена, протромбинового индекса, тромбоэластограммы, снижение уровня антитромбина III. Для лечения ВРВ назначали комплексную терапию, включающую компрессию и капилляро-стабилизирующее средство, биофлавоноид. В результате лечения отмечено клиническое улучшение, нормализацию маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотока, восстановление показателей гемостаза.

Ключевые слова: варикозное расширение вен, дуплексное сканирование, компрессия, биофлавоноид.

SUMMARY

ALGORITHM FOR THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF VARICOSE VEINS OF THE PELVIS AND LOWER EXTREMITIES IN PREGNANT

KOVAL S.D.

We conducted a study of 125 pregnant women with varicose veins (VV) of the lower extremities. By color duplex mapping of the pelvic vessels in 52% of women found VV pelvis. In the study of hemostasis at women surveyed revealed a blood coagulation disorders: increased levels of fibrinogen, prothrombin index, thromboelastogram, reduction of antithrombin III. For the treatment prescribed VV complex therapy, including compression and capillary stabilizing means bioflavonoid. As a result of treatment was clinical improvement, normalization of utero-placental and fetal-placental blood flow, restore hemostasis.

Key words: varicose veins, duplex scanning, compression, bioflavonoid.

Поступила 10.06.2015

УДК 618.3-06

КОРНІЄЦЬ Н.Г., КРАВЦОВА Ю.А.

ДЗ «Луганський державний медичний університет», Кафедра акушерства та гінекології, м.Рубіжне

АНАЛІЗ ПАТОГЕНЕТИЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ УСКЛАДНЕНЬ ГЕСТАЦІЇ У ЖІНОК З ВАРИКОЗНОЮ ХВОРОБОЮ

У статті наведено результати аналізу перебігу вагітності та пологів у жінок з варикозною хворобою. Для жінок з варикозною хворобою характерними було переважання соматичної патології в 2,5 рази, асоційованої з проявами дисплазії сполучної тканини, значний відсоток гінекологічної захворюваності з переважанням дисгормональних порушень і запальних процесів, що створює сприятливий преморбідний фон для розвитку ускладнень гестації, зокрема, фето-плацентарної