

(44,5). Установлено, що найбільше ефективними при даних типах кровотока в миоматозному узелі оказалась ЕМА ( $p < 0,05$ ). При периферическом типе ангиоархитектоники рекомендується консервативная терапия.

**Ключевые слова:** ангиоархитектоника, лейомиома матки, доплерометрия, лечение.

**N. S. Lutsenko, N. S. Oliinyk, I. O. Yevtiereva, O. S. Shapoval**

## **Pathogenetically based approaches to treatment of uterine leiomyoma depending on characteristics of angioarchitectonics of uterus**

**Zaporizhzhia Medical Academy of Postgraduate Education of the Ministry of Health of Ukraine**

**Introduction.** At present the significance of hemodynamic variants of uterine artery branching in the pathogenesis of uterine leiomyoma and the possibility of their correction is currently important.

**Aim.** Optimization of pathogenetic approach to the treatment of uterine leiomyoma, based on the definition of dependence of minimally invasive endovascular type of treatment in patients with uterine leiomyoma on the state of arterial angioarchitectonics.

**Materials and methods.** The study involved 75 patients with uterine leiomyoma without endometrial hyperplasia. Ultrasonography using vaginal sensor with study of blood flow in uterine vessels and vessels of dominant myomatous nodule was performed.

**Results.** In the course of a retrospective analysis of the dynamics of growth of uterine leiomyoma different growth rate of fibroids was identified. The most unfavorable were mixed (growth index 84.3) and central types (44.5). It was found that uterine artery embolization is the most effective in these types of circulation in myomatous nodules ( $p < 0,05$ ). In the case of peripheral type of angioarchitectonics conservative therapy is recommended.

**Key words:** angioarchitectonics, uterine leiomyoma, Doppler velocimetry, treatment.

### **Відомості про авторів:**

**Луценко Наталія Степанівна** - д. мед. н., професор, зав. кафедри акушерства та гінекології. Адреса: Запоріжжя, вул. Вінтера, 20, тел.: +380 61 279-16-38.

**Олійник Наталія Сергіївна** - пошукач кафедри акушерства та гінекології, ЗОЗ пологовий будинок №3. Адреса: Запоріжжя, вул. Бочарова, 11, (044) 239-27-39.

**Євтерєва Інна Олексіївна** - к. мед. н., доцент кафедри акушерства та гінекології. Адреса: Запоріжжя, вул. Вінтера 20, тел.: +380 61 279-16-38.

**Шаповал Ольга Сергіївна** - к. мед. н., асистент кафедри акушерства та гінекології. Адреса: Запоріжжя, вул. Вінтера 20, тел.: +380 61 279-16-38.

УДК 618.3 – 071.1:616.147 – 005.6 – 06: 616.131 – 005.6/7 – 084– 085.273.5

© Н.Р. ПРИСЯЖНА, 2015

*Н.Р. Присяжна*

## **ПРОФІЛАКТИКА ТРОМБОЕМБОЛІЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ВАГІТНИХ ЖІНОК З ПОСТРОМБОТИЧНОЮ ХВОРОБОЮ**

**Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика**

**Вступ.** Після перенесеного тромбозу глибоких вен розвивається посттромботична хвороба (ПТХ). У вагітних жінок з ПТХ значно зростає ризик тромбоемболічних ускладнень.

**Мета.** Профілактика даних ускладнень у цієї когорти пацієнток.

**Матеріали і методи.** Під спостереженням перебували 34 вагітні жінки з ПТХ. Пацієнтки щомісячно проходили ультразвукове ангіосканування.

**Результати.** Самовільний аборт на 6 тижні вагітності виник у однієї (3%) пацієнтки, ще в одному випадку – медичний аборт внаслідок гибелі плода на 16 тижні вагітності. Решта вагітностей завершилася народженням здорових дітей (1 дитиня). Ліше у 1 (3%) матері спостерігали рецидив ТГВ.

**Висновки.** Індивідуальний підхід до кожної пацієнтки, щомісячний огляд, контроль УЗДС, правильне підібране лікування дозволяє уникнути фатальних ускладнень і зберегти життя матері і дитини.

**Ключові слова:** вагітність, посттромботична хвороба, тромбофілічні стани, діагностика, лікування.

**Вступ.** Венозний тромбоемболізм все ще залишається головною причиною материнської захворюваності і смертності. Тромбоз глибоких вен (ТГВ) під час вагітності виникає у 0,71-2,5% жінок (APPTG Annual Conference 2013 'VTE Prevention: Improving Patient Safety and Health Outcomes). Після перенесеного тромбозу у багатьох з них розвивається посттромботична хвороба. (42% за даними Wik et al, 2012). Венозний тромбоемболізм і асоційована з ним посттромботична хвороба характеризується довготривалим перебігом і має негативні наслідки на якість життя не лише пацієнтки, але і її родини. ПТХ характеризується порушеннями флєбогемодинаміки нижніх кінцівок внаслідок клапанної недостатності реканалізованих вен або їх оклюзії. Значна частина цих пацієнток мають намір народжувати другу дитину, але це пов'язано з великим ризиком повторного тромбоутворення. З огляду на таку небезпеку, проблема нагляду та ведення вагітних жінок з ПТХ має велику актуальність. Саму вагітність можна вважати флєбопатологічним станом. Вже з перших годин після запліднення, підвищується рівень гормонів (естрогени і прогестерон), що призводить до зниження тону венозної стінки і вазодилатації. В організмі вагітної жінки виникає венозний застій, зміни венозної стінки, венозних клапанів. У III триместрі підвищується інтравенозний тиск (збільшення ОЦК, здавлення клубових вен вагітною маткою, підвищення в/черевого тиску), що ще більше збільшує ризик розвитку тромбоемболічних ускладнень, особливо на фоні зміненої венозної стінки і клапанів.

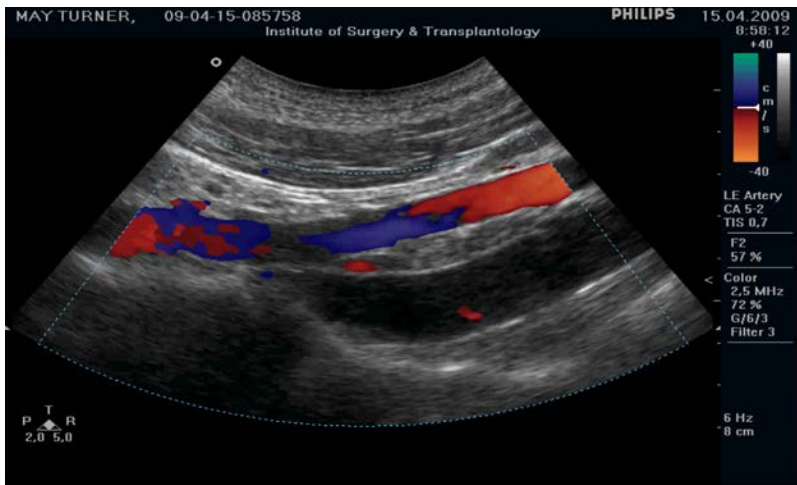
**Мета.** Визначити особливості лікування і ведення вагітності у жінок з посттромботичним синдромом.

**Матеріали та методи.** Впродовж 2007– 2014 років під нашим спостереженням перебували 34 вагітні жінки з ПТХ, у яких ТГВ розвився в період від 3 місяців до 3 років у 13 пацієнток (38%), від 3 до 5 років – у 16 (47%), більше 5 років – у 5 (15%) перед повторною вагітністю. Вік хворих коливався від 18 до 44 років (в середньому 34,3±7,6). За даними гематологічних досліджень, у 15 (44,12%) з них було виявлено тромбофілічний стан. Як відомо, тромбофілія – стан, що характеризується розвитком рецидивуючих тромбозів кровоносних судин (переважно вен) різної локалізації внаслідок порушення складу крові (реології) і її властивостей. (Беркаган З.С., 1996). Тромбофілічний стан під час вагітності, на фоні якого і виникають тромботичні ускладнення, обумовлений поєднанням фізіологічної гіперкоагуляції в цей період, гемодинамічними порушеннями, а також в багатьох випадках набутими і вродженими генетичними дефектами гемостазу. Серед 15 пацієнток з тромбофілічними станами у 5 (33,33%) пацієнток діагностовано

## АКУШЕРСТВО, ГІНЕКОЛОГІЯ ТА РЕПРОДУКТОЛОГІЯ

АФС, у 5 (33,33%) – мутацію Leiden, у 3 (20%) виявлено гіпергомоцистеїнемію, і у 2(14%) пацієток різні форми тромбоцитопатій. Лівостороннє ураження вен нижніх кінцівок реєстрували у 28 (82,35%) випадках. Всім хворим під час вагітності проводили лабораторні дослідження та виконували динамічне кольорове дуплексне сканування вен нижніх кінцівок мінімум раз на місяць.

**Результати та їх обговорення.** Усі пацієнтки впродовж усієї вагітності носили компресійний трикотаж. Еластична компресія необхідна для поліпшення венозного відтоку, включення в кровотік м'язових колатералей, профілактики наростання набряку кінцівки і запобігання варикозній трансформації підшкірних вен. Пацієнтки носили лікувальний трикотаж III компресійного класу, спеціально підібраний по розмірах. Еластичні колготи для вагітних надівали вранці і знімали увечері після закінчення робочого дня. Усім пацієнткам щомісячно виконували ультразвукове дуплексне ангіосканування вен нижніх кінцівок. У випадку венозного стазу (рис 1) пацієнтці призначались низькомолекулярні гепарини ((фраксипарин в I-III триместрах та клексан у III триместрі) у профілактичній дозі і глікозаміноглікани (веселдуге-Ф по 1 таб. двічі на день) терміном на 1 місяць. Після чого контроль УЗДС. При збереженні стазу – терапію продовжували.



**Рис. 1. Компресія загальної клубової вени, стаз крові в зовнішній клубовій вені**

Усі пацієнтки з тромбофілічними станами отримували НМГ і глікозаміноглікани впродовж усієї вагітності. Необхідно зазначити, що даних пацієток ми спостерігали і лікували разом з гематологами (рис. 2). Пацієнтки з гіпергомоцистеїнемією отримували фолієву кислоту та вітаміни групи В. Решта пацієток отримували дані препарати у зимово-весняний період (фізіологічний дефіцит). У літній період, а також при синдромі «важких ніг» призначались венотоніки (цикло-3 форт по 1 капсулі 2 рази на добу). Впровадження розробленої тактики мало наступні результати: самовільний аборт на 6 тижні вагітності виник у однієї (3%) пацієнтки, ще в одному випадку

## АКУШЕРСТВО, ГІНЕКОЛОГІЯ ТА РЕПРОДУКТОЛОГІЯ

– медичний аборт внаслідок гибелі плода на 16 тижні вагітності. Решта вагітностей завершилася народженням здорових дітей (1 двійня). Лише у 1 (3%) матері спостерігали рецидив ТГВ.

АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ  
**ІНСТИТУТ ГЕМАТОЛОГІЇ ТА ТРАНСФУЗІОЛОГІЇ**  
44049, вул. М. Бутримовича, 12, м. Київ,  
тел.: (044) 449-27-64 факс: (044) 449-27-27

Клініка хірургічної гематології та гемостазиології  
(м. Київ, вул. Рильська 1, тел. 449-75-66)

10-02 2019р

Результати обстеження *Рубанас АС*

Показатель.	Даные пациента	Нормальные величины
Фибриноген, г/л	24	2,0 - 4,0
Время рекальцификации, сек	63	60,0 - 120,0
Протромбиновое время, сек	130	18,0 - 22,0
Протромбиновый индекс, %	100	80,0 - 105,0
АКТ (МА, %)	93	90,0 - 100,0
АПТВ, сек	23,8	32,0±5,0
Фактор VIII, %	134	50,0 - 150,0
Фактор IX, %	118	50,0 - 150,0
Фактор XI, %	138	50,0 - 150,0
Хагеман-зависимый фибрин-а	8,2	7,0 - 14,0
Эритроцитарный дисин, мин	123	180,0 - 240,0
Количество тромбоцитов x10 <sup>9</sup> /л	287	150,0 - 400,0
Адгезивность тромбоцитов, %	69	40,0 - 60,0
Агрегация гр-в к АДФ, %	73	40,0 - 60,0
ристанцину, %	57,8	35,0 - 55,0
адреналину, %	67,3	35,0 - 55,0
архидоновой кислоте, %	64,0	40,0 - 60,0
коллагену, %	74,2	40,0 - 60,0
Спонтанный фибринолиз, %	80	10,0-20,0
Фактор Вискебранда, %	157	50,0 - 150,0
Врач <i>Тришук В.П.</i>	103	80-100

АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ  
**ІНСТИТУТ ГЕМАТОЛОГІЇ ТА ТРАНСФУЗІОЛОГІЇ**  
10449 вул. М. Бутримовича, 12, м. Київ,  
тел.: (044) 449-27-64 факс: (044) 449-27-27

Клініка хірургічної гематології та гемостазиології  
(м. Київ, вул. Рильська 1, тел. 449-75-66)

10-02 2014р

*Рубанас АС обстежена в клініці.*

*На момент обстеження: підвищені*  
*ретикуліновміст і частота еритроцитів -*  
*перипартумальної природи, підвищені значення*  
*фактору VII, фактору Вискебранда, еритроцитів,*  
*причини диспротеїноземії невідомі*

*Результати: 1) клітини на 90% нормальні*  
*без в'язкості, 2) агрегують кардина (Віксел) на*  
*Темпа (100%) через 30 хв,*  
*3) при спонтанній агрегації (адреналін - 57,8*  
*лифін адреналіном) - клітинне агрегування*  
*через 2 години, 4) підвищені значення*  
*каптарини і дисфібрінолізу, може бути рецидив*

*Лікар-гематолог вищої*  
*категорії, доктор*  
*медичних наук*  
*е-мал: wsh@ukr.net*

**ВОЗНИК В.Л.**  
тел. моб.: (044) 491-86-42

**Рис. 2. Результати обстеження вагітної з ПТХ в Інституті гематології (тромбофілічний стан)**

**Висновки.** При застосуванні розробленої профілактичної тактики вагітність у жінок, які раніше перенесли ТГВ, може протікати доброякісно, без тромботичних ускладнень. Індивідуальний підхід до кожної пацієнтки, правильно підібрана терапія дозволяє народити здорову дитину. Спільною метою спеціалістів різних профілів (гінекологів, акушерів, терапевтів, гематологів і судинних хірургів) повинно бути виявлення факторів ризиків розвитку тромбоемболізму, вчасна профілактика і, як наслідок, позитивний результат для матерів, їх дітей і близьких.

### Література

1. Pregnancy after catheter-directed thrombolysis for acute iliofemoral deep venous thrombosis / Jørgensen M., Broholm R., Vækgaard N. // Phlebology. – 2013. - №28, Suppl 1. – P. 34-8.
2. Endovascular treatment of postpartum deep venous thrombosis: report of three cases / Mert D., Arif T.I., İlhan Y., Ozdemir A., Azmi O. // Vascular. - 2013.
3. Prevalence and predictors for post-thrombotic syndrome three to 16 years after pregnancy-related venous thrombosis: a population-based, cross-sectional, case-control study / Wik H.S., Jacobsen A.F., Sandvik L., Sandset P.M. // Journal of Thrombosis and Haemostasis. - 2012.

4. The risk of recurrent venous thromboembolism in pregnancy and puerperium without antithrombotic prophylaxis // Br. J. Haematol. – 2010. - №19. - P. 24-26.

5. Symptomatic pulmonary embolism and the risk of recurrent venous thromboembolism // Arch Intern. Med. – 2012. - Vol. 164(1). – P. 92-6.

6. CMACE (2011): 8th Report of the Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom: // Centre for Maternal and Child Enquiries: BJOG: - 2011. - Vol. 118. – P. 1-203.

7. Wik H.S., Jacobsen A. F., Sandvik L. & Sandset P. M. Prevalence and predictors for post-thrombotic syndrome 3 – 16 years after pregnancy-related venous thrombosis: A population-based, cross-sectional case control study // Journal of Thrombosis and Haemostasis. – 2012.

*Н.Р. Присяжная*

## Профилактика тромбэмболических осложнений у беременных с посттромботической болезнью

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П. Л. Шупика

**Вступление.** После перенесенного тромбоза глубоких вен развивается посттромботическая болезнь. У беременных женщин с ПТБ значительно возрастает риск тромбэмболических осложнений.

**Цель.** Профилактика данных осложнений в этих пациенток.

**Материалы и методы.** Под наблюдением находились 34 беременные женщины с ПТБ. Пациентки ежемесячно проходили ультразвуковое ангиосканирование.

**Результаты.** Самопроизвольный аборт на 6 неделе беременности возник в одной (3%) пациентки, еще в одном случае - медицинский аборт вследствие гибели плода на 16 неделе беременности. Остальные беременностей завершилась рождением здоровых детей (1 двойня). Только у 1 (3%) матери наблюдали рецидив ТГВ. Выводы Индивидуальный подход к каждой пациентки, ежемесячный осмотр, контроль УЗИС, правильное подобранное лечение позволяет избежать фатальных осложнений и сохранить жизнь матери и ребенка.

**Ключевые слова:** беременность, посттромботическая болезнь, тромбэмболических состояния, диагностика, лечение.

*N. R. Prysiazna*

## Prevention of thromboembolic disorders in pregnant women with post-thrombotic syndrome

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education

**Introduction.** Post-thrombotic syndrome (PTS) develops after deep venous thrombosis. Pregnant women with PTS have higher risk of thromboembolic disorders development.

**Aim.** To prevent thromboembolic disorders in pregnant women with PTS.

**Materials and methods.** 34 pregnant women with PTS were under observation. The patients underwent monthly ultrasonic angioscanning.

**Results.** Spontaneous abortion at the 6th month of pregnancy occurred in 1 (3%) patient, justifiable abortion in the 16th week of pregnancy was registered in 1 case. The rest of the pregnancies resulted in the birth of healthy children (1 twin birth). The recurrence of deep venous thrombosis was observed only in 1 (3%) patient.

**Conclusions.** The client-centered approach, monthly examination, duplex sonography,

adequate treatment makes it possible to escape fatal consequences and save the life of the mother and child.

**Key words:** pregnancy, post-thrombotic syndrome, thrombophilic conditions, diagnostics, treatment.

**Відомості про автора:**

**Присяжна Наталія Романівна** – к. мед. н., доцент кафедри хірургії та трансплантології НМАПО імені П.Л. Шупика. Адреса: Київ, вул. Героїв Севастополя, 30, тел.: (044) 408-19-90.

УДК 618.2/.3:[577.112:612.015.3]:159.942

© В.Г. СЮСЮКА, 2015

*В.Г. Сюсюка*

## **ОЦІНКА МАКРОЕЛЕМЕНТНОГО ГОМЕОСТАЗУ У ВАГІТНИХ З УРАХУВАННЯМ ПОРУШЕНЬ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ**

**Запорізький державний медичний університет**

**Вступ.** Висока біологічна активність і фізіологічна значимість багатьох макро- та мікроелементів та їх складні взаємини при фізіологічних і особливо при патологічних станах зумовлюють важливість їх комплексного дослідження. Недостатнє надходження в організм вагітної вітамінів і біометалів є головною причиною збільшення частоти ускладнень гестації та підвищення відсотку загальних захворювань.

**Мета.** Дати оцінку макроелементного гомеостазу у жінок з фізіологічним та ускладненим перебігом вагітності з урахуванням психоемоційного стану.

**Контингент обстежених і методи.** Обстежено 36 вагітних з невиношуванням в анамнезі терміном гестації 22-34 тижні (основна група), а також 29 вагітних без соматичної патології та клініки невиношування в анамнезі (контрольна група). Концентрацію магнію, кальцію, калію, натрію, хлору визначали з використанням діагностичних наборів у сироватці крові. Індивідуально-психологічні особливості вагітних та їх психоемоційний стан досліджували з використанням комплексу психодіагностичних методів: шкала ситуативної (СТ) та особистісної тривожності (ОТ) Ч.Д. Спілбергера, яка адаптована Ю.Л. Ханіним, опитувальник EPQ Айзенка та САН.

**Результати.** На підставі проведеного дослідження психологічного стану вагітних з невиношуванням в анамнезі встановлено статистично достовірне ( $p < 0,05$ ) переважання рівня нейротизму, ситуативної та особистісної тривожності у порівнянні з вагітними групи контролю. Взаємовплив вищезазначених показників підтверджується наявністю кореляційного зв'язку та є свідченням психоемоційної дезадаптації даного контингенту жінок. Рівень магнію в групі жінок з невиношуванням в анамнезі, який склав  $0,85 \pm 0,07$  ммоль/л, був статистично достовірною ( $p < 0,05$ ) нижчим за відповідний показник групи контролю –  $0,97 \pm 0,07$  ммоль/л. Проте його істотне зниження мало місце тільки у вагітних з високим рівнем СТ та ОТ, що може свідчити про виснаження депо магнію на тлі психоемоційної дезадаптації. Результати проведеного дослідження дозволили встановити залежність зниження концентрації магнію зі зростанням рівня нейротизму ( $r = -0,375$ ,  $p < 0,05$ ) та як СТ ( $r = -0,589$ ,  $p < 0,05$ ), так і ОТ ( $r = -0,631$ ,  $p < 0,05$ ). Однак, серед вагітних з концентрацією магнію, яка наближалась до верхньої межі норми у більшості випадків рівень СТ був середніми. Враховуючи, що СТ є проявом так званої емоційної реакції на стресову ситуацію та характеризується суб'єктивно