

©Н. М. Кінаш, Н. І. Генік, Ю. Б. Моцюк

РЕЗУЛЬТАТИ КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ У ВАГІТНИХ З ХРОНІЧНОЮ ВЕНОЗНОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

РЕЗУЛЬТАТИ КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ У ВАГІТНИХ З ХРОНІЧНОЮ ВЕНОЗНОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ. Варикозна хвороба (ВХ) у вагітних є актуальною проблемою сучасного акушерства. ХВН нижніх кінцівок часто називають «захворюванням з жіночим обличчям». Основою для такого визначення є частота патології. Серед дорослого населення ХВН діагностують у 30-50%, при цьому співвідношення чоловіків і жінок складає 1:4. У вагітних та породіль ХВН зустрічається в 30-56,6% жінок, з частотою тромботичних ускладнень 0,99%-10%. Те, що саме вагітні знаходяться в групі найбільш високого ризику розвитку ХВН, пояснюється одночасною дією декількох факторів, кожний з яких, навіть сам по собі, може завдавати серйозного негативного впливу на венозну систему [1, 2, 3]. Варикозна хвороба (ВХ) є полі етіологічним та найбільш розповсюдженим захворюванням венозної системи. За даними літератури, зустрічається у 20-40% вагітних і у зв'язку з цим займає достатньо значну частину екстрагенітальної патології в період вагітності. Формування захворювання визначається сумарним впливом сприятливих пускових механізмів. Не останню роль в підвищенні ризику формування варикозної хвороби жінок репродуктивного віку відносять ожиріння, що є доведеним фактором. Головним пусковим фактором виникнення варикозної хвороби у жінок є саме вагітність. Зі збільшенням терміну вагітності гемодинамічні зміни, що проявляються у підвищенні об'єму циркулюючої крові (ОЦК), посиленні кровоплину в судинах нижніх кінцівок і є патогенетичними механізмами розвитку варикозної хвороби. Провідне місце у патогенезі ускладнень варикозної хвороби належить насамперед патології гемостазу.

РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ У БЕРЕМЕННЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ. Варикозная болезнь (ВБ) у беременных есть актуальной проблемой современного акушерства. ХВН нижних конечностей часто называют «болезнью с женским лицом». Основой для такого обозначения есть частота патологии. Среди взрослого населения ХВН диагностируют в 30-50%, при этом соотношение мужчин и женщин составляет 1:4. У беременных и рожениц ХВН встречается в 30-56,6% с частотой тромботических осложнений 0,99%-10%. То что особенно беременные находятся в группе высокого риска развития ХВН объясняется одновременно действием нескольких факторов, каждый из которых, даже сам по себе, может иметь серьезное негативное влияние на венозную систему [1, 2, 3]. Варикозная болезнь (ВБ) есть полиэтиологическим и наиболее распространенным заболеванием венозной системы. За данными литературы встречается в 20-40% беременных и в связи с этим занимает достаточно большую часть экстрагенитальной патологии в период беременности. Формирование заболевания определяется суммарным влиянием соответствующих пусковых механизмов. Не последнюю роль в повышении риска формирования варикозной болезни женщин репродуктивного возраста относят ожирение, что есть определяющим фактором. Главным пусковым фактором возникновения варикозной болезни у женщин есть беременность. С увеличением срока беременности гемодинамические изменения, что проявляются в повышении объема циркулирующей крови (ОЦК), усиления кровотока в сосудах нижних конечностей и есть патогенетическим механизмом развития варикозной болезни. Главное место в патогенезе осложнений варикозной болезни занимает патология гемостаза.

THE RESULTS OF A COMPREHENSIVE TREATMENT OF PREGNANT WOMEN WITH CHRONIC VENOUS INSUFFICIENCY. Varicose veins (V) of pregnant women is an urgent problem of modern obstetrics. VV of the lower limbs is often called «the disease with a woman's face.» The basis for this determination is the frequency of disease. Among adults CVI is diagnosed in 30-50%, the male to female ratio is 1:4. Among pregnant women and women in labour the VV is found in 30-56,6% of women with a frequency of thrombotic complications of 0.99% - 10%. The fact, that pregnant women are at the highest risk of CVI can be explained by the simultaneous action of several factors, each of which, even by itself, can cause negative impact on the venous system [1, 2, 3]. Varicose veins (V) is the most common diseases of the venous system. According to the literature, it occurs in 20 - 40% of pregnant women and in this regard it takes quite a significant part of extragenital pathology during pregnancy. Formation of the disease is determined by the impact of favorable triggers. Not the least role in increasing the risk of varicose veins among women of reproductive age plays the obesity, which is a proven factor. The main triggering factor of varicose veins among women is the pregnancy. The increasing of the term of pregnancy leads to hemodynamic changes which result in increased blood volume (CBV), increased blood flow in the vessels of the lower limbs and this is the pathogenetic mechanisms of the development of varicose veins. The leading role in the pathogenesis of complications of varicose veins belongs primarily to pathology of hemostasis.

Ключеві слова: вагітність, хронічна венозна недостатність, дуплексне сканування, система гемостазу.

Ключевые слова: беременность, хроническая венозная недостаточность, система гемостаза.

Key words: pregnancy, chronic venous insufficiency, duplex scanning, the system of hemostasis.

ВСТУП. Серед широкого спектру соматичної захворюваності варикозна хвороба нижніх кінцівок займає істотне місце, особливо останніми роками [4-6]. Несприятливий вплив даної патології на клінічний перебіг вагітності і пологів зв'язаний, насамперед, з розвитком системних порушень гемостазу, тромбофілічних станів і зміною гемодинаміки у фетоплацентарному комплексі [7, 8].

Не дивлячись на значне число наукових повідомлень по кожній з цих проблем, питання плацентарної дисфункції у жінок з варикозною хворобою нижніх кінцівок раніше не вивчалися, хоча їх необхідність і своєчасність не викликає сумнівів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

- 30 акушерсько і соматично здорових первородящих, розроджених через природні родові шляхи;

- 30 вагітних з варикозною хворобою нижніх кінцівок і що отримували загальноприйняті лікувально-профілактичні заходи - 1 група.

- 30 вагітних з варикозною хворобою нижніх кінцівок і що отримували вдосконалені нами лікувально-профілактичні заходи – 2 група.

Методи дослідження: клінічні, функціональні (ехографічні, кардіотокографічні, доплерометричні), ендокринологічні, гемостазіологічні і статистичні.

Запропоновані нами підходи до профілактики тромбоемболічних ускладнень полягають в застосуванні під час вагітності в другому триместрі вагітності препарату нормовен, діючою речовиною якого є флавоноїдна фракція, яка містить діосмін, гесперидин. Препарат застосовувався у дозі 1 (500мг) таблетка двічі на день впродовж 60 днів. З метою профілактики плацентарної дисфункції використовували курантил діючою речовиною якого є діпірідабол у дозі 1 (25мг) таблетка тричі на добу курсом 30 днів. А також застосовували низькомолекулярний антикоагулянт беміпарин з профілактичною метою в післяпологовому періоді у групах середнього ризику - 2500 МО, високого ризику – 3500 МО курсом 3 дні. Дослідження мало характер проспективного обсерваційного. Усі вагітні були обстежені клініко-лабораторною схемою, прийнятою в клініці для пізніх термінів вагітності.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ. Результати ультразвукового дуплексного сканування показали, що при дослідженні в горизонтальному положенні при ВХ швидкісні показники антеградного кровотоку були нижчими, ніж у здорових

жінок. При цьому, в ділянках великих біфуркацій часто спостерігалися турбуленції кровотоку. Вантеградного кровотоку у великій підшкірній і підколінній венах у пацієток із ВХ виявилася на 18,5% – 20,0% нижче, ніж у групі контролю. Аналогічний показник V_y пацієток із ВХ був нижче в середньому на 16,0% у порівнянні з контролем. Незважаючи на істотні індивідуальні розходження, при перекладі пацієток з горизонтального у вертикальне положення в жінок із ВХ спостерігалось досить істотне розширення просвіту вен – на 50,0% – 80,0%, у той час як аналогічний показник у здорових пацієток не перевищив 40,0%.

Виявлене збільшення діаметру великої підшкірної вени у жінок з хронічною венозною недостатністю. Статистично значимою виявилась різниця між діаметром великої підшкірної вени в зоні сафено-фemorального спів устя і верхньою та середньою третьою стегна в жінок I та II групи в порівнянні з контрольною.

При динамічному спостереженні у пацієток II групи на тлі запропонованого підходу до ведення вагітності у жінок з хронічною венозною недостатністю виявлено зменшення просвіту сафено-фemorального співу устя та вен верхньої та середньої третини стегна тоді коли у пацієток I групи, які отримували загальноприйняті підходи з прогресуванням вагітності спостерігається прогресивне розширення просвіту вен нижніх кінцівок.

Після проведеного профілактичного лікування у II основній групі гемостазіологічні показники відповідали показникам контрольної групи. Результати наведені в таблиці 1.

Таблиця 1. Гемостазіологічні показники вагітних при доношеній вагітності

Показники	Групи жінок		
	Контрольна група (n=20)	I група (n=20)	II група (n=20)
Фібриноген, г/л	4,15±0,35	4,95±0,24	4,24±0,32
АЧТТ, с	34,1±0,62	36,2±0,34	35,3±0,42
ПТІ, %	103±3,3	95±2,5	101±3,4
ПЧ, с	17,4±0,6	16,9±0,4	17,3±0,5
Антитромбін III, г/л	0,28±0,09	0,41±0,02	0,32±0,03
Д-димери, нг/мл	172±3,4	215±5,7	176±3,6
Тромбоцити, 10 ⁹ /л	230±14	280±10	240±12

Аналізуючи показники загортальної та протизгортальної системи крові потрібно відмітити достовірне зниження рівнів фібриногену та тромбоцитів та наближення визначених показників у II групі до показників контрольної групи. В жінок II групи виявлено зниження показників Д-димерів та наближення їх до даних контрольної групи, що може свідчити про нормалізацію реологічних властивостей крові, чого не відмічалось в I групі пацієток.

ВИСНОВКИ. Отже, результатом запропонованого нами підходу до ведення вагітності у жінок з хронічною венозною недостатністю є нормалізація показників згортально-протизгортальної системи крові, нормалізація діаметру сафено-фemorального спів устя та вен нижніх кінцівок у пацієток II групи в порівнянні з пацієтками I групи.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ. Запропонований комплексний підхід до ведення вагітності у жінок з хронічною венозною недостатністю дозволить знизити ризик тромботичних та перинатальних ускладнень під час вагітності, пологів та у післяпологовому періоді.

Запропонований комплексний підхід до ведення вагітності у жінок з хронічною венозною недостатністю дозволить знизити ризик тромботичних та перинатальних ускладнень під час вагітності, пологів та у післяпологовому періоді.

ЛІТЕРАТУРА

1. Акушерство: национальное руководство / под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — 1200 с.
2. Кириенко А.И. Современные принципы лечения хронической венозной недостаточности / А.И. Кириенко, Р.А. Григорян, И.А. Золотухин // Качество жизни. Медицина. — 2007. — № 3. — С. 46-51. Библиогр.: 9 назв.
3. Кияшко В.А. Хроническая венозная недостаточность — диагностика и принципы консервативного лечения / В.А. Кияшко // Русский медицинский журнал. — 2006. — том 14. — № 12. — С. 875-878.
4. Ларионов М.В. Патогенез развития хронической венозной недостаточности и основные направления лечебной тактики / М.В. Ларионов, С.А. Обыденнов, Р.Х. Хафизьянова // Казанский мед. ж. — 2004. — том 85. — № 6. — С. 433-436.
5. Серов В.Н. Современные принципы диагностики и лечения хронической венозной недостаточности у беременных / В. Н. Серов, Е. В. Жаров. — М.: ФГУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии Росмедтехнологий. — 2007. — 24 с.
6. Стуров Н. Хроническая венозная недостаточность нижних конечностей: эпидемиология, патогенез, клиника и принципы терапии / Н. Стуров // Врач. — 2008. — № 4. — С. 22-24.
7. Каралкин А.В. Патогенез и диагностика венозной недостаточности. Современный взгляд на проблему (лекция) / А.В. Каралкин, А.В. Альбицкий, А.Н. Кузнецов. // Терапевтический архив. — 2004. — № 10. — С. 63-68.
8. Methlie C.B., Schjott J. Horse chestnut-remedy for chronic venous insufficiency. Tidsskr Nor Laegeforen, 2009 Feb 26; 129(5): 420-2.

Отримано 20.12.13