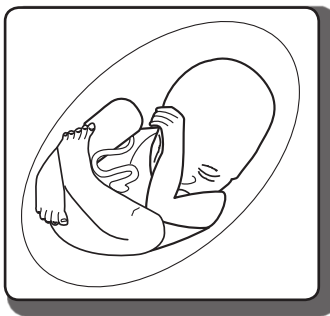




УДК 618.3-06 - 085 : 618.1 - 002

Т.Ю. Пестрикова, Е.А. Юрасова, О.Г. Щербакова, В.А. Ткаченко, И.Д. Кирилина

КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ ГЕМОСТАЗА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ГЕНИТАЛИЙ

МУЗ «Родильный дом №1»; Дальневосточный государственный медицинский университет, г. Хабаровск

Нарушения гемостаза (тромбофилии) приобретают большое значение в патогенезе развития воспаления и, в частности, синдрома системного воспалительного ответа. Установлено, что компоненты системы гемостаза участвуют не только в активации свертывания крови, но и являются медиаторами воспаления. При тромбофилии создаются условия для нарушения имплантации, плацентации, роста плода, развития системной эндотелиальной дисфункции, активизируется провоспалительный ответ и прокоагуляционный потенциал свертывания крови [1, 2]. На основании вышеизложенного, нами были проанализированы результаты использования курантила N (дипиридамола), лечебное действие которого было направлено на коррекцию гиперкоагуляционных сдвигов в системе гемостаза у беременных женщин, имеющих воспалительные заболевания гениталий.

Материалы и методы

Обследовано 67 беременных женщин, имеющих воспалительные заболевания гениталий (цервицит/эндоцервицит, вагинит, вульвовагинит, хронический эндометрит), обусловленные наличием инфекций, передающихся половым путем (хламидии, микоплазма, уреаплазма и т.д.). Данная группа беременных женщин составила основную группу (ОГ). Кроме того, нами были обследованы 49 беременных женщин с низкой степенью перинатального риска, составивших контрольную группу (КГ). Возраст пациенток в обеих группах колебался от 18 до 39 лет.

Исследование основных параметров гемостаза осуществлялось с 12-14 нед. беременности. В работе использованы следующие методы исследования. Определение показателей сосудисто-тромбоцитарного (первичного) гемостаза: определение количества тромбоцитов крови; экспресс-метод визуальной оценки тромбоцитов (модификация А.С. Шитикова, 1984). Методы исследования плазменно-коагуляционного (вторичного) звена

Резюме

Проведено изучение основных параметров гемостаза у беременных женщин, страдающих воспалительными заболеваниями гениталий, обусловленных инфекциями, передающимися половым путем. При изучении основных параметров гемостаза выявлено наличие гиперкоагуляционного синдрома. Своевременное назначение курантила N (дипиридамола) позволило произвести рациональную коррекцию выявившихся отклонений в системе гемостаза и избежать в последующем перинатальных потерь.

Ключевые слова: беременность, гемостаз, коррекция.

T.Y. Pestrikova, E.A. Yurasova, O.G. Shcherbakova,
V.A. Tkachenko, I.D. Kirilina

CORRECTION OF HOMEOSTASIS ABNORMALITIES IN PREGNANT WOMEN WITH INFLAMMATORY DISEASES OF GENITALS

*Municipal Healthcare Institution «Maternity hospital №1»;
Far East state medical university, Khabarovsk*

Summary

A study of the basic parameters of homeostasis in pregnant women with inflammatory diseases of genitals, resulted from STD's was carried out. During the study of the basic homeostasis parameters there was discovered the presence of hypercoagulation syndrome. Curantyl N (dipyridamole), prescribed at proper time, allowed to make a rational correction of detected abnormality in homeostasis system and avoid prenatal loses in future.

Key words: pregnancy, homeostasis, correction.

гемостаза (модификация З.С. Баркагана, фирма «Технология-Стандарт» г. Барнаул): активированное время рекальцификации (ABP), активированное парциальное

Таблица 1

**Характеристика отдельных параметров
гемостаза у беременных ОГ и КГ**

Параметр	Группы	
	основная, n=67	контроль, n=49
Число тромбоцитов в венозной крови ($\times 10^9/\text{л}$)	204,21 $\pm$ 4,76**	239,20 $\pm$ 6,91
Адгезивно-агрегационная активность тромбоцитов, сек	11,08 $\pm$ 0,31**	18,90 $\pm$ 0,30
АВР, сек	65,12 $\pm$ 0,98**	72,26 $\pm$ 1,06
АПТВ, сек	42,11 $\pm$ 0,39**	46,25 $\pm$ 0,51
РФМК, $\times 10^2$ г/л	8,89 $\pm$ 0,78**	4,07 $\pm$ 0,52
Время свертывания венозной крови, мин	4,58 $\pm$ 0,81*	7,54 $\pm$ 0,74
Протромбин. индекс, %	95,00 $\pm$ 2,10	93,77 $\pm$ 1,96
Фибриноген, г/л	4,79 $\pm$ 0,29**	3,16 $\pm$ 0,33
Антитромбин III (АТ III), %	96,23 $\pm$ 0,69 *	98,517 $\pm$ 0,44
ХП α -зависимый эуглобулиновый лизис, мин	21,00 $\pm$ 2,56 **	6,76 $\pm$ 1,58

Примечания. * — $p < 0,01$; ** — $p < 0,001$ (степень достоверности между показателями ОГ и КГ).

Таблица 2

**Параметры гемостаза у беременных ОГ
до и после лечения курантилом N**

Параметр гемостаза	Основная группа (n=67)	
	до лечения	после лечения
Число тромбоцитов в венозной крови, $\times 10^9/\text{л}$	204,21 $\pm$ 4,76	239,95 $\pm$ 7,06***
Адгезивно-агрегационная активность тромбоцитов, сек	11,08 $\pm$ 0,31	16,78 $\pm$ 0,20***
АВР, сек	65,12 $\pm$ 0,98	69,90 $\pm$ 0,69***
АПТВ, сек	42,11 $\pm$ 0,39	44,09 $\pm$ 0,19***
РФМК, $\times 10^2/\text{л}$	8,89 $\pm$ 0,78	5,89 $\pm$ 0,30***
Время свертывания венозной крови, мин	4,58 $\pm$ 0,81	6,93 $\pm$ 0,42**
Протромбин. индекс, %	95,00 $\pm$ 2,10	92,67 $\pm$ 2,22
Фибриноген, г/л	4,79 $\pm$ 0,29	3,14 $\pm$ 0,21***
Антитромбин III (АТ III), %	96,22 $\pm$ 0,77	98,36 $\pm$ 0,15**
ХП α -зависимый эуглобулиновый лизис, мин	20,16 $\pm$ 2,37	8,47 $\pm$ 2,67***

Примечания. * — $p < 0,05$; ** — $p < 0,01$; *** — $p < 0,001$ (достоверность различий между показателями до и после лечения).

тромбопластиновое время (АПТВ); время свертывания крови (R. Lee, P. White, 1913); протромбиновое время (A. Quick, 1943); количественное определение фибрин-мономерных комплексов (ортофенантролиновый тест, модификация З.С. Баркагана, 1999); определение производных фибриногена в сыворотке крови (тест склеивания стафилококков). Показатели противосвертывающей и фибринолитической систем гемостаза определяли по следующим тестам: уровню антитромбина III (АТ III) по принципу Abildgaard, («Антитромбин-тест» фирмы «Технология-Стандарт» г. Барнаул); Хагеман-зависимому фибринолизу (модификация Г.Ф. Еремина, 1980). Всем женщинам ОГ и КГ проводилось бактериоскопическое обследование, использовались методы полимеразной цепной реакции и иммуноферментного анализа; осуществлялось УЗИ-исследование, доплерометрия маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотоков.

Результаты и обсуждение

Полученные нами результаты (табл. 1) свидетельствуют о том, что число тромбоцитов у пациенток ОГ было достоверно снижено ($p < 0,001$), а адгезивно-агрегационная активность (ААА) тромбоцитов была достоверно повышенной ($p < 0,001$). Поскольку нарушения первичного гемостаза в определенной степени стимулируют вторичный гемостаз, нами было продолжено изучение показателей плазменно-коагуляционного звена у беременных женщин ОГ и КГ (табл. 1). Сравнивая показатели АВР у женщин ОГ и КГ, мы получили достоверное различие ($p < 0,001$). Укорочение АВР указывает на наличие гиперкоагуляции.

АПТВ является стандартизированной коагуляционной пробой, чувствительной к дефициту основных плазменных факторов свертывания крови. Данный тест отражает состояние начального этапа внутреннего механизма коагуляции. Его удлинение связано с дефицитом факторов XII, XI, IX или VIII. В своем исследовании мы получили достоверную разницу ($p < 0,001$) между показателями АПТВ в ОГ и КГ, свидетельствующую о развитии гиперкоагуляции. При различной патологии, характеризующейся внутрисосудистым свертыванием крови, в крови циркулирует повышенное количество фибрин-мономеров и его олигомеров, а также их комплексы с продуктами фибринолиза, обозначаемые как растворимые фибрин-мономерные комплексы (РМФК) или растворимый фибрин. Нами были получены результаты, свидетельствующие о повышении уровня РМФК у женщин ОГ ($p < 0,001$), что свидетельствовало о хронической активации процесса свертывания и циркуляции в крови активного тромбина. Результатом этого было достоверное уменьшение времени свертывания венозной крови у женщин ОГ ($p < 0,01$). Уровень фибриногена (4,79 $\pm$ 0,29%) у беременных ОГ был также достоверно ($p < 0,001$) выше, чем у женщин КГ.

Изучение показателей противосвертывающей и фибринолитической систем гемостаза показало достоверное различие, свидетельствующее о снижении уровня АТ III ($p < 0,01$) и угнетении ХП α -зависимого эуглобулинового лизиса ($p < 0,001$) у женщин ОГ, по сравнению с аналогичными показателями у женщин КГ (табл. 1). Наличие антител к фосфолипидам и волчаночному антикоагулянту у женщин, входящих в ОГ и КГ, обнаружено не было. Таким образом, у всех женщин ОГ нами были обнаружены нарушения в системе гемостаза, требующие проведения коррекционной терапии нарушений гемостаза.

С целью профилактики осложнений гестационного периода, а также коррекции выявленных нарушений гемостаза, женщинам ОГ, одновременно с назначением антимикробных препаратов, был назначен курантил N (дипиридамола), который назначался по 25 мг 3 раза в сут в течение 21 дн. Результаты основных параметров сосудисто-тромбоцитарного и плазменно-коагуляционного звеньев гемостаза свидетельствуют о том, что после курса лечения курантилом N получена положительная динамика следующих показателей (табл. 2) гемостаза у женщин ОГ, соответственно: повышение количества тромбоцитов ($p < 0,001$); замедление АВР ($p < 0,001$); АПТВ ($p < 0,001$) и времени свертывания венозной крови ($p < 0,01$). Кроме этого, произошло снижение адгезивно-агрегационной активности тромбоцитов ($p < 0,001$), показателей РФМК ($p < 0,001$) и уровня фибриногена ($p < 0,001$). После проведенного лечения получена достоверная раз-

ница, свидетельствующая о повышении активности противосвертывающей ($p < 0,01$) и фибринолитической систем гемостаза ($p < 0,001$) у пациенток ОГ (табл. 2). Дальнейшее изучение особенностей клинического течения гестационного периода у пациенток ОГ, на фоне назначения курантила N, показало отсутствие у них в последующем угрозы прерывания беременности, а также отсутствие декомпенсированной формы плацентарной недостаточности. Роды в срок произошли у всех женщин ОГ и КГ. Перинатальных потерь у женщин ОГ и КГ не было.

Известно, что наличие в организме беременной женщины очагов генитальной и экстрагенитальной инфекции является причиной патологического течения беременности, родов и послеродового периода [1, 2]. Полученные в процессе выполненного исследования результаты, по нашему мнению, свидетельствуют о наличии определенной дисфункции в плазменно-коагуляционном звене гемостаза у женщин, имеющих воспалительные заболевания гениталий (ОГ). Активация факторов прокоагулянтного звена гемостаза (преимущественно внутреннего пути), повышение агрегационной активности тромбоцитов, снижение уровня противосвертывающих факторов и фибринолитической активности, а также достоверное увеличение в крови маркеров внутрисосудистого свертывания свидетельствуют о том, что у беременных женщин ОГ имеет место развитие компенсаторной формы хронического ДВС-синдрома (гиперкоагуляционные нарушения в системе гемостаза).

Полученные нами результаты свидетельствуют о положительной динамике в показателях сосудистотромбоцитарного, плазменно-коагуляционного звеньев гемостаза, а также противосвертывающей и фибринолитической систем гемостаза у беременных ОГ после приема препарата «Курантил N».

Выводы

Таким образом, у беременных женщин, гестационный период которых сопровождается воспалительными заболеваниями гениталий, решающее значение имеет своевременное выявление нарушений гемостаза. Профилактика тромбофилических осложнений и нормализация основных показателей гемостаза является одним из главных путей снижения осложнений гестационного периода, таких как преждевременные роды, гестоз, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, плацентарная недостаточность, а также снижения перинатальных потерь у беременных, имеющих воспалительные заболевания гениталий.

Л и т е р а т у р а

1. Кулаков В.И. Акушерство и гинекология: Клин. рек. М.: ГЭО ТАР-Медиа, 2005. 512 с.
2. Макария А.Д., Бизадзе В.О. Тромбофилии и противотромботическая терапия в акушерской практике. М., 2003 904 с.



УДК 618.396 - 021.30 - 02 : 618.1 - 022.7 (571.63)

М.С. Тулупова

РОЛЬ УРОГЕНИТАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ В ПРОБЛЕМЕ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПО ПРИМОРСКОМУ КРАЮ

*Краевой клинический центр охраны материнства и детства;
Дальневосточный филиал ГУНЦ Медэкологии ВСНЦ СО РАМН, г. Владивосток*

Одно из первых мест среди важнейших проблем акушерства и гинекологии занимает проблема невынашивания беременности. Как известно, невынашивание беременности подразделяется на привычное и спорадическое. Полагают, что самопроизвольные выкидыши первого триместра гестационного периода являются инструментом естественного отбора, так как при исследовании абортусов в 60-80% случаев выявляют хромосомные аномалии. Однако в статистическую обработку данных, скорее всего, не включены случаи спорадического прерывания беременности в очень ранние сроки и протекающие субклинически. Привычное невынашивание беременности считается полиэтиологичным осложнением беременности, в основе которого лежит нарушение функции репродуктивной системы [2, 3, 5].

Вопрос об этиологической роли бактериально-вирусного фактора, как одного из основополагающих, широко дискутируется в литературе. Одни исследователи считают, что инфекция — одна из наиболее значимых причин невынашивания как спорадического, так и привычного; другие считают, что для спорадического прерывания, может быть, инфекция играет роль, а для привычного — нет [1, 4, 6].

Целью нашего исследования явилось изучение частоты встречаемости урогенитальной и вирусной инфекции у женщин с проблемой невынашивания в зависимости от кратности прерывания беременности.

Методы исследования

В соответствии с целью нами было обследовано 160 пациенток в возрасте от 21 до 41 г., обратившихся в Кра-