

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ГНОЙНО-ДЕСТРУКТИВНЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ (по материалам МУЗ «ГК БСМП № 1»)

Установлено, что при гнойно-деструктивном пиелонефрите непереносимым условием сохранения функции органа и жизни больного являются своевременная и полноценная хирургическая санация первичного очага, интенсивная инфузионно-трансфузионная, адекватная противовоспалительная и детоксикационная терапия, эффективное поддержание нарушенных функций пораженной почки и других систем организма.

Ключевые слова: гнойно-деструктивный пиелонефрит, упрощенная оценка общих функциональных изменений, синдром системного воспалительного ответа, сепсис, инфекционно-токсический шок.

Несмотря на огромные достижения фундаментальных наук, клинической медицины и практического здравоохранения, гнойно-деструктивный пиелонефрит (ГДП) в настоящее время остается одной из самых тяжелых и опасных осложненных инфекций мочевыводящих путей. Заболевание представляет собой актуальную клиническую проблему, связанную с увеличением числа больных, сложностью выбора оптимальной тактики лечения, возрастанием экономических затрат на проводимое лечение.

Очаговые гнойно-деструктивные заболевания почек имеют существенную социальную значимость. В структуре патологии почек острый пиелонефрит составляет около 14% [1, 2]. Среди всех форм пиелонефрита острая гнойная патология почек у детей может составлять до 0,1%, а у лиц старше 60 лет — 60% [3, 4, 5]. По данным операционных находок, среди необструктивных пиелонефритов гнойные формы встречаются в 23 — 59% случаев, а при обструктивных пиелонефритах — в 40 — 43% [6, 7].

При осложненном течении заболевания вероятно развитие урологического сепсиса, являющегося клиническим проявлением синдрома системного воспалительного ответа (ССВО) организма в ответ на чрезмерную микробную нагрузку. Сепсис может перейти в тяжелый сепсис и инфекционно-токсический шок (ИТШ) с летальным исходом [8, 9]. Летальность при урологическом сепсисе колеблется в пределах 28,4 — 80% [10, 11, 12].

Цель работы — клиническая характеристика больных гнойно-воспалительными заболеваниями почек с позиции теории ССВО и с применением шкалы SAPS на «местном материале».

Материал и методы исследования

Исследование было выполнено на базе МУЗ «ГК БСМП № 1» (главный врач — проф. С.И. Филипов).

Анализ клинического материала включал в себя обследование 177 больных ГДП, оперированных в период

с 2003 по 2007 год (рис. 1), из которых женщин было 158 (89,27%), мужчин — 19 (10,73%). Средний возраст мужчин $28,2 \pm 2,49$ лет, женщин $28,5 \pm 1,07$ лет. Возрастной состав больных представлен в таблице 1.

Для оценки расстройств физиологических функций организма пациента и эффективности проводимого лечения использовали систему характеристики функционального состояния по шкале объективной оценки SAPS (Simplified Acute Physiology Score) (табл. 2). Основной целью данной шкалы являются прогноз развития острого воспалительного процесса и оценка риска возможного летального исхода заболевания. Шкала SAPS показывает количественно (в баллах), что представляют собой выявленные синдромы сепсиса — ССВО 3, сепсис, тяжелый сепсис, ИТШ.

Токсичность плазмы крови определяли вычислением лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ) по следующей формуле [13]:

$$\text{ЛИИ} = \text{с.} + \text{п.} + \text{ю.} + \text{миелоц./мон.} + \text{л.} + \text{э.},$$

где с. — сегментоядерные, п. — палочкоядерные, ю. — юные, миелоц. — миелоциты, мон. — моноциты, л. — лимфоциты, э. — эозинофилы. Норма по Темпелю $1 \pm 0,1$.

Тяжелое состояние пациента рассматривали как вариант развития ССВО, вызванного воздействием на организм повреждающего фактора инфекционного или неинфекционного генеза. Признаки ССВО — это критерии для определения популяции риска генерализации инфекции, являющиеся основой опережающего принципа диагностики сепсиса. При адекватной клинической трактовке симптоматика ССВО имеет дифференциально-диагностическое значение. Диагноз ССВО обосновывается наличием двух и более симптомов: температура $> 38^\circ\text{C}$ или $< 36^\circ\text{C}$, частота сердечных сокращений > 90 в минуту, частота дыхания > 20 в минуту, или $\text{PaCO}_2 < 32$ мм рт. ст., количество лейкоцитов

$> 12 \cdot 10^9/\text{л}$, $< 4 \cdot 10^9/\text{л}$, или количество незрелых форм, превышающее 10%.

Результаты и их обсуждение

В изучаемой нами группе у 136 (76,8%) пациентов при детальном выяснении анамнеза была выявлена различная урологическая патология. Указание на хронический пиелонефрит, в том числе с детского возраста, имелось у 79 (44,6%) больных. 43 (24,3%) пациента отмечали наличие у себя мочекаменной болезни, однако в ходе проведенного обследования во время настоящей госпитализации обструкция мочевыводящих путей (по данным УЗИ или МРТ почек, экскреторной урографии) у них была исключена. У 14 больных (7,9%) обнаружены различные аномалии развития органов мочевыделительной системы. 41 (23,2%) пациент отрицал наличие у себя какого-либо урологического заболевания в прошлом (рис. 2).

При госпитализации основными были жалобы на боли в поясничной области на стороне поражения, повышение температуры тела, вплоть до фебрильных и гектических цифр, нередко сопровождающееся повторяющимся ознобом. Также больные отмечали выраженную общую слабость, чувство недомогания, иногда головную боль и головокружение. Жалобы на различные расстройства мочеиспускания, как правило, отсутствовали либо упоминались при уточнении анамнеза (за 3-7 суток до появления основной клинической картины заболевания). Связано это с тем, что на момент формирования гнойного очага в почке значимость цистита в генерализации острого воспаления уходило на второй план.

Продолжительность заболевания до госпитализации составила 2–4 суток у 96 (54,2%) пациентов, свыше 4 суток — у 81 (45,8%) больного.

При исследовании общего анализа мочи (ОАМ) получены следующие результаты: лейкоцитурия (20 лейкоцитов в поле зрения и более), вплоть до пиурии, выявлена у 75 (42,4%) пациентов, лейкоцитурия (10-20 лейкоцитов в поле зрения) — у 55 (31,1%). Нормальные значения показателей ОАМ наблюдали 47 (26,5%) человек. При проведении лабораторных исследований общего анализа крови (ОАК) регистрировали высокие показатели лейкоцитоза в периферической крови до $15-19 \cdot 10^9/\text{л}$ и выше со сдвигом лейкоцитарной формулы влево с нейтрофилезом за счет роста числа палочкоядерных нейтрофилов (до 15% и более) и появления более юных форм. Скорость оседания эритроцитов увеличена в среднем до 35-45 мм/час.

При УЗИ выявляли признаки, характерные для гнойно-деструктивного процесса в почке. Это и разрезание почечной паренхимы в зоне формирующегося карбункула в виде крупноочагового участка неоднородности ее эхоструктуры, менее экзогенного по сравнению с неизменной паренхимой, и деформация контуров почки, и снижение эхоплотности паранефральной области за счет отека околопочечной клетчатки, и ограничение подвижности почки при дыхании (рис. 3).

Абсцесс почки определялся как образование округлой формы с низкой эхоплотностью, находящееся под ее капсулой и отграниченное от почечной паренхимы окружающей его зоной уплотнения паренхимы с однородным содержимым пониженной экзогенности (рис. 4).

Рентгенологическое исследование подтверждало ультразвуковые находки. Обзорная урография выявляет наличие или отсутствие в проекции мочевыводящих путей теней рентгенопозитивных конкрементов, отсутствие или нечеткость контура поясничной мыш-

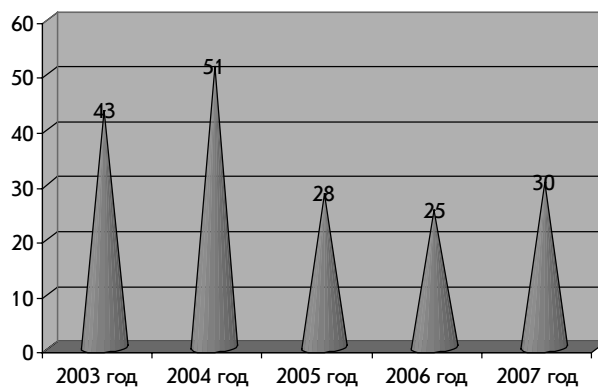


Рис. 1. Распределение больных гнойно-деструктивным пиелонефритом, оперированных в период с 2003 по 2007 год, абс. ед.

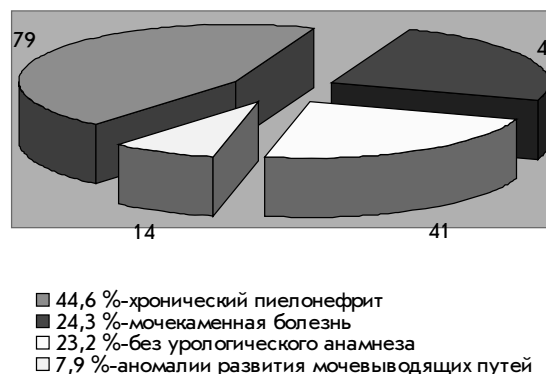


Рис. 2. Характер урологической патологии в анамнезе у оперированных больных гнойно-деструктивным пиелонефритом

цы на стороне поражения за счет отека паранефральной клетчатки, увеличенные размеры почки, сколиоз позвоночника в сторону пораженной почки.

Экскреторная урография дает дополнительные данные относительно состояния мочевыводящих путей. Резко нарушающий работу почки гнойный процесс нередко приводит к замедлению ее выделительной функции, что проявляется более поздним, чем на здоровой стороне, выполнением контрастным веществом полостной системы либо полным отсутствием функции почки. При апостематозном пиелонефрите на урограммах видны нечеткость контуров чашек и лоханки, увеличенные размеры почки, ограничение или отсутствие подвижности почки при дыхании. При карбункулах могут обнаруживаться также деформации чашек и лоханок в виде их сдавливания или ампутации, сходные с теми, что наблюдаются при опухолях почечной паренхимы, выпуклость контуров почки, дефект наполнения полостной системы рентгеноконтрастным веществом в зоне карбункула. При нагноении и вскрытии карбункула в просвет чашечно-лоханочной системы на урограммах можно увидеть дополнительные тени в результате заполнения полости гнойника контрастным веществом. Проведение внутривенной урографии позволяет исключить или подтвердить обструкцию мочевыводящих путей при мочекаменной болезни.

У 12 (6,8%) пациентов для уточнения диагноза гнойно-деструктивного процесса в той или иной почке возникла необходимость в проведении МРТ органов брюшинного пространства. Во всех случаях применения МРТ диагноз ГДП был подтвержден как

Таблица 1

Распределение оперированных больных по возрасту и полу (n = 177)

Показатель		Возраст, лет					
		< 20	20-29	30-39	40-49	50-59	> 60
Женщины (n = 158)	абс.	41	68	24	10	8	7
	%	25,9	43	15,2	6,3	5,1	4,5
Мужчины (n = 19)	абс.	3	9	4	2	1	0
	%	15,8	47,3	21,1	10,5	5,3	0

Таблица 2

Модифицированная шкала SAPS

Показатель	Баллы по шкале SAPS								
	4	3	2	1	0	1	2	3	4
Возраст, лет					≤ 45	46-55	56-65	66-75	≥ 76
Пульс, в 1 минуту	≥ 180	140-179	110-139		70-109		55-69	40-54	≤ 39
Систолическое АД, мм рт. ст.	≥ 190		150-189		80-149		55-79		≤ 54
Температура тела, °C	≥ 41	39,0-40,9		38,5-38,9	36,0-38,4	34,0-35,9	32,0-33,9	30,0	
Частота дыхания в 1 минуту	≥ 50	35-49		25-34	12-24	10-11	6-9		≤ 6
Лейкоциты, · 10 ⁹ /л	≥ 40		20,0-39,9	15,0-19,9	3,0-14,9		1,0-2,9		≤ 1,0
Лейкоцитарный индекс интоксикации					2,3-4,0	4,1-5,0	5,1-6,0	≥ 7,1	
Гематокрит, %	≥ 60,0		50,0-59,9	46,0-49,9	30,0-45,9		20,0-29,9		≤ 20,0
Мочевина, моль/л	≥ 55,0	36,0-54,9	29,0-39,5	7,5-28,9	3,5-7,4	3,5			
Калий плазмы, моль/л	≥ 7,0	6,0-6,9		5,5-5,9	3,5-5,4	3,0-3,4	2,5-2,9		≤ 2

Таблица 3

Клиническая характеристика гнойно-деструктивного пиелонефрита при госпитализации – в первые сутки стационарного лечения (n = 177)

Клинический синдром	Число пациентов	SAPS
Локальный воспалительный ответ (два признака ССВО)	115 (65%)	2,88
ССВО 3	48 (27,1%)	4,5
Сепсис (ССВО 4)	5 (2,8%)	5,6
Тяжелый сепсис	4 (2,3%)	6
Инфекционно-токсический шок	5 (2,8%)	2,8

данными самого исследования, так и впоследствии находками во время операции.

Состояние при поступлении расценили как тяжелое у 20 (11,3%) больных, средней тяжести у 135 (76,3%) и как удовлетворительное у 22 (12,4%).

Анализ структуры ГдП с позиции теории ССВО представлен в таблице 3. У 163 (92,1%) больных клинико-лабораторная семиотика заболевания соответствовала критериям ЛВО и ССВО 3, у 2,8% пациентов симптоматика болезни в первые сутки их стационарного лечения включала 4 признака из предложенных R.C. Bone [14, 15, 16, 17, 18, 19, 20], а 5,1% больных вообще были госпитализированы в состоянии тяжелого сепсиса или ИТШ.

Необходимо помнить, что даже в условиях стационара, когда проводится интенсивная противовоспалительная терапия, возможен переход в цепочке синдромов: ССВО 1-2 → ССВО 3 → сепсис (ССВО – 4) → ССВО 4 + МОН → тяжелый сепсис (ССВО 4 + ПОН) → ИТШ (нестабильная гемодинамика) → необратимое состояние. Клинические проявления

ССВО представляют собой динамический патологический процесс, но никак не стабильное состояние. Проведенные наблюдения за состоянием здоровья пациентов в динамике показывают, что клинический синдром СВО 3 должен рассматриваться как ранняя, начальная фаза сепсиса. При ГдП в качестве критерия риска генерализации инфекционного процесса принимали наличие трех признаков ССВО в сочетании с индексом SAPS > 4 баллов и ЛИИ > 7 баллов. ССВО 3 расценивали как начальную фазу сепсиса.

У каждого из 177 пациентов в течение первых часов госпитализации и от начала лечения осуществляли контроль развития патологического процесса, определяли наметавшуюся тенденцию течения болезни с целью своевременного выявления симптомов гнойной формы пиелонефрита и выполнения в оптимальные сроки оперативного лечения. Пациентов, состояние которых было расценено как средней тяжести или тяжелое, госпитализировали в ПИТ урологического отделения или отделения гнойно-септической реанимации. В этих условиях больным проводился в полном



Рис. 3. УЗИ почки пациентки Б., 25 лет. Острый гнойно-деструктивный пиелонефрит, карбункул правой почки (3-и сутки заболевания)

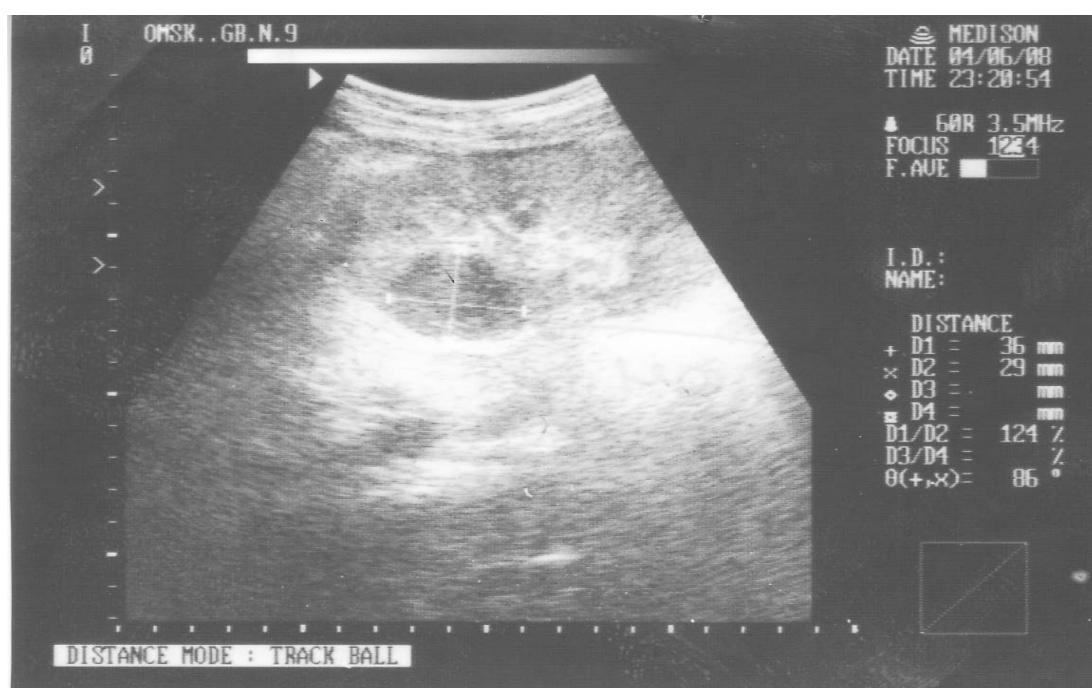


Рис. 4. УЗИ почки пациентки М., 34 года. Острый гнойно-деструктивный пиелонефрит, абсцесс левой почки (5-е сутки заболевания)

объеме необходимый комплекс диагностических и лечебных мероприятий с одновременным почасовым клинико-лабораторным контролем.

Все пациенты были прооперированы в различные сроки: 135 (76,3%) больных — в течение первых суток стационарного лечения, 26 (14,7%) — на вторые сутки. Такой высокий процент ранней оперативной активности, с одной стороны, можно объяснить своевременным проведением в полном объеме необходимых диагностических мероприятий, достаточных для постановки верного диагноза ГдП и определения показаний к проведению неотложного оперативного вмешательства. С другой — тяжесть состояния боль-

шинства госпитализируемых больных нередко не оставляет возможности даже для проведения начальной противовоспалительной терапии и подвигает врача к выполнению операции по неотложным показаниям для сохранения жизни больного.

Цель операции — приостановить прогрессирование гнойно-деструктивного процесса в пораженной почке и предотвратить его возникновение в здоровой контралатеральной почке. Выполняли оперативное вмешательство в объеме люмботомии на стороне поражения, ревизии и декапсуляции почки с дальнейшей тактикой в зависимости от операционных находок: либо иссечение гнойников при поражении

почечной паренхимы в пределах 1-2 сегментов почки, либо нефрэктомии, в тех случаях когда распространенность гнойно-деструктивного процесса составляла 2 и более сегмента почки. Во всех случаях оперативное вмешательство обязательно заканчивали применением средств физической антисептики и дренированием забрюшинного пространства.

Всего была выполнена 181 операция, в том числе 177 — это оперативные вмешательства с той или иной стороны в зависимости от локализации поражения. В двух случаях, в связи с развитием клиники двустороннего ГДП, оперативному лечению были подвергнуты обе почки. Две пациентки были оперированы повторно по причине прогрессирования гнойно-деструктивного процесса в почке, подвергнутой ранее декапсуляции и иссечению карбункулов; при релюмботомии была выполнена нефрэктомия.

В 181-м оперативном вмешательстве произведено 50 (27,7% от общего количества операций) нефрэктомий, их них справа — 26, слева — 24. Гнойно-воспалительный процесс правой почки наблюдали у 108 (61%) больных, левосторонний деструктивный пиелонефрит — у 67 (37,8%), у 2 (1,2%) пациентов ГДП выявили в обеих почках.

Среди форм гнойной деструкции почки чаще обнаруживали карбункулы — 120 наблюдений (66,3%). Изолированные апостомы зарегистрированы только у 14 (7,7%) больных; сочетание карбункулов и апостомов имело место у 22 (12,2%) человек, карбункулов и абсцессов — у 25 (13,8%).

У 5 (2,8%) наблюдали явления ИТШ. Патогенез шока в этих случаях связан с попаданием в общий кровоток эндотоксинов в результате форникальных рефлюксов. Нередко образованию высокой концентрации эндотоксинов в полостной системе почки способствует введение больших доз антибиотиков, вызывающих массовую гибель микроорганизмов.

Во всех случаях оперативного лечения придерживались органосохраняющей тактики. В ряде ситуаций прибегали к помощи интраоперационных консилиумов с участием заведующего урологическим отделением, заместителя главного врача больницы по хирургической помощи и сотрудников кафедры госпитальной хирургии Омской государственной медицинской академии.

При отсутствии возможности оценить истинный объем деструктивных изменений в почке и выраженной интоксикации, когда при сохранении органа возникала опасность прогрессирования гнойного процесса и генерализации инфекции, возрастал риск развития ИТШ, что могло потребовать повторной операции, при удовлетворительной функции контралатеральной почки выполняли нефрэктомию для спасения жизни больного.

В послеоперационном периоде всем пациентам проводили лечение до стабилизации витальных функций организма в условиях отделения гнойно-септической реанимации. Лечебные мероприятия были направлены на коррекцию водно-электролитных нарушений, профилактику тромбоэмболических и гнойно-воспалительных осложнений, купирование болевого синдрома. Дренажи из забрюшинного пространства удаляли при отсутствии раневого отделяемого по ним на 3-5-е сутки послеоперационного периода. На 11-12-е сутки при удовлетворительном состоянии послеоперационной раны снимали швы.

Выводы

1. Использование клинических критериев ССВО с низкими пороговыми значениями является инст-

рументом опережающего подхода к мониторингу и проведению оптимального лечения больных ГДП и не несет опасности гипердиагностики сепсиса.

2. Выраженность различных клинических синдромов воспалительной реакции при очаговых гнойно-деструктивных заболеваниях почек может быть представлена с помощью объективной шкалы оценки тяжести состояния больного, позволяющей дать четкую клиническую стратификацию сепсиса, объективно спрогнозировать течение и исход инфекционно-воспалительного процесса, а также оптимизировать лечебную тактику.

Заключение

Полученные данные по использованию шкалы SAPS и критериев ССВО не только могут быть основанием для своевременной корректировки лечения и оценки эффективности новых методов терапии, но и позволяют определить момент прекращения интенсивной терапии или целесообразности ее дальнейшего проведения.

Библиографический список

1. Карпенко В.С. Классификация, диагностика и лечение пиелонефрита / В.С. Карпенко, А.С. Переверзев // *Клин. хирургия*. — 1976. — № 9. — С. 31-38.
2. Пытель А.Я. Пиелонефрит / А.Я. Пытель, С.Д. Голигорский. — М.: Медицина, 1977. — 393 с.
3. Горилковский Л.М. Тезисы докладов 6-го Всероссийского съезда урологов. — М., 1976. — 137 с.
4. Дмитриев М.А., Пугачев А.Г., Куц Н.А. Очерки гнойной хирургии у детей. — М., 1973. — С. 178-197.
5. Ткачук В.Н. Острый пиелонефрит у лиц пожилого и старческого возраста. // *Урология и нефрология*. — 1977. — № 5. — С. 35-38.
6. Новиков И.Ф. и др. Диагностика и тактика лечения апостематозного пиелонефрита и карбункула почки // *Урология и нефрология*. — 1982. — № 4. — С. 45-48.
7. Шаронов Ю.А. и др. О формах острого пиелонефрита // *Урология и нефрология*. — 1982. — № 2. — С. 37-42.
8. Елманов И.В. Острый гестационный пиелонефрит / И.В. Елманов // *Урология и нефрология*. — 1997. — № 6. — С. 49-53.
9. Руднов В.А. Сепсис: современный взгляд на проблему / В.А. Руднов // *Клин. антимикробная химиотерапия*. — 2000. — Т. 2, № 1. — С. 2-7.
10. Журавлев В.Н. Гнойный пиелонефрит // *Пленум Всероссийского общества урологов*. — Екатеринбург, 1996. — С. 17-84.
11. *Урология: учебник* / под ред. Н.А. Лопаткина. — 4-е изд., стер. — М.: Медицина, 1995. — 496 с.
12. Яненко Э.К. Бактериологический шок как осложнение острого пиелонефрита / Э.К. Яненко, В.Б. Румянцев, В.И. Борисик // *Пленум правления Всероссийского общества урологов: материалы*. — Екатеринбург, 1996. — С. 103-104.
13. Рейс, Б.А. Лейкоцитарный индекс интоксикации при прободной язве желудка / Рейс Б.А., Темпель В.А., Ктениди Л.И., Толкач А.Б. // 8-й Всероссийский съезд анестезиологов и реаниматологов 11-15 сентября 2002 года. Тезисы докладов. — Омск, 2002. — С. 200—201.
14. Bone R.C. Definitions for sepsis and organ failure and guidelines for the use of innovative therapies in sepsis: ACCP/SCCM consensus conference committee / R.C. Bone, R.A. Balk, Cerra // *Chest*. — 1992. — Vol. 101. — P. 1644-1655.
15. Bone R.C. Gram — negative sepsis / R.C. Bone // *Chest*. — 1991. — Vol. 100. — P. 802-808.
16. Bone R.C. Immunologic dissonance: a continuing evolution in our understanding of the systemic inflammatory response syndrome (SIRS) and the multiple organ dysfunction

syndrome (MODS) / R.C. Bone // Ann. Intern. Med. — 1996. — Vol. 125, № 8. — P. 680-687.

17. Bone R.C. Sepsis syndrome: a valid clinical entity / R.C. Bone, C.I. Ficher, T.P. Clemmer et al. // Crit. Care med. — 1989. — Vol. 175 — P. 389-393.

18. Bone R.C. Sepsis, the sepsis syndrome, multi-organ failure: a plain for comparable definitions / R.C. Bone // Ann. Internet. med. — 1991. — Vol. 114, № 4. — P. 332-333.

19. Bone R.C. The sepsis syndrome. Definition and general approach to management / R.C. Bone // Clin. Chest. Med. — 1996. — Vol. 17, № 2. — P. 175-181.

20. Bone R.C. Сепсис и септический шок / Bone R.C. / Актуальные проблемы анестезиологии и реаниматологии, 9-й Европейский конгресс анестезиологов (Иерусалим, Израиль, 2-7 октября 1994 г.). — 1995. — С. 125-139.

ФИЛИППОВ Сергей Иванович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой госпиталь-

ной хирургии Омской государственной медицинской академии, главный врач городской клинической больницы скорой медицинской помощи № 1.

КУБАРЕВ Дмитрий Валерьевич, врач урологического отделения городской клинической больницы скорой медицинской помощи № 1, заочный аспирант кафедры госпитальной хирургии Омской государственной медицинской академии.

НЕПОЧАТОВ Олег Витальевич, врач урологического отделения городской клинической больницы скорой медицинской помощи № 1.

ИВАНЕНКО Михаил Алексеевич, заведующий урологическим отделением городской клинической больницы скорой медицинской помощи № 1.

644043, г. Омск, ул. Ленина, 12.

Дата поступления статьи в редакцию: 25.09.2009 г.

© Филиппов С.И., Кубарев Д.В., Непочатов О.В., Иваненко М.А.

УДК 618.439+616-008.6.8:612.017.1

**Е. Б. РУДАКОВА
М. А. ПИЛИПЕНКО
Е. В. КРИВОНОС**

Омская государственная
медицинская академия

Омская областная
клиническая больница

РОЛЬ АНТИФОСФОЛИПИДНОГО СИНДРОМА И ВРОЖДЕННОЙ ГЕМАТОГЕННОЙ ТРОМБОФИЛИИ В СТРУКТУРЕ РЕПРОДУКТИВНЫХ ПОТЕРЬ

Обобщены последние данные, представляющие современный взгляд на проблему антифосфолипидного синдрома, врожденных гематогенных тромбофилий и их проявлений во время беременности. Изучение материала показало, что, несмотря на тенденцию к снижению материнской смертности по многим акушерским нозологиям, ведущими становятся тромбоэмболические осложнения. Исключительное значение приобретают противотромботическая профилактика и терапия в процессе имплантации, роста, развития эмбриона и плода, течения беременности и исхода родов. Несмотря на достигнутый прогресс, изучение механизмов развития, клинических особенностей и подходов к лечению сосудистой патологии, тромбофилии продолжают оставаться одной из наиболее актуальных мультидисциплинарных проблем современной медицины, для решения которой необходимо объединение усилий различных специалистов: ревматологов, кардиологов, невропатологов, акушеров-гинекологов, иммунологов.

Ключевые слова: антифосфолипидный синдром, беременность, синдром потери плода, врожденные тромбофилии.

Из года в год возрастает научно-практический интерес к проблемам патологии гемостаза во время беременности. Этот интерес сохраняется в акушерстве в связи с тем, что большинство заболеваний во время беременности и ее осложнений обусловлены

или сопровождаются теми или иными изменениями в системе гемостаза. В настоящее время антифосфолипидный синдром (АФС) и врожденные тромбофилии широко изучаются учеными различных медицинских специальностей в связи с многообразием клинических