

14. Williams F. L., Ogston S. A., Lloyd O. L. Sex ratios of births, mortality and air pollution: can measuring the sex ratios of births help to identify health hazards from air pollution in industrial

environments? // Occup. – Environ. – Med. – 1995. – Vol. 52 (3). – P. 164–169.

Поступила 11.07.2011

**В. А. НОВИКОВА, К. А. АКОПОВА, К. В. ФИЛИНА, С. Р. АУТЛЕВА,
Е. В. РЫБАЛКА, Ф. Ш. КАЗИБЕКОВА**

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ В РАЗЛИЧНЫЕ ЕЁ ТРИМЕСТРЫ ПРИ ТРОМБОФИЛИЯХ

Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии ФПК и ППС

ГБОУ ВПО КубГМУ Минздравсоцразвития России,

Россия, 350001, г. Краснодар, ул. Седина, 4. E-mail: vladislavan@mail.ru, тел. +7 (918) 35 06 237

На основании динамического общеклинического, лабораторного и ультразвукового обследования выявлены особенности течения беременности в различные её триместры, родов в зависимости от вида тромбофилического состояния. При наличии экстрагенитальной патологии с дебютом варикозных изменений при беременности, приеме системной гормонотерапии в предгравидарном периоде отмечены изменения в системе гемостаза.

Ключевые слова: беременность, тромбофилии, гемостаз.

**V. A. NOVIKOVA, K. A. AKOPOVA, K. V. FILINA, S. R. AUTLEVA,
E. V. RYBALKA, F. S. KAZIBEKOVA**

FEATURES OF PREGNANCY IN DIFFERENT TRIMESTERS IN THROMBOPHILIA

Department of obstetrics, gynecology and perinatology

faculty of postgraduate education Kuban state medical university,

Russia, 350001, Krasnodar, 4 Sedina str. E-mail: vladislavan@mail.ru, tel. +7 (918) 35 06 237

On the basis of a dynamic general clinical, laboratory and ultra-sound examination revealed features of pregnancy in different trimesters, delivery, depending on the type of thrombophilic state. In the presence of extragenital pathology with the debut of varicose changes during pregnancy, taking hormone replacement therapy in systemic predgravidal period marked by changes in the hemostatic system.

Key words: pregnancy, thrombophilia, hemostasis.

Интерес вызывают тромбофилические осложнения при беременности, при которых формирующиеся при нарушении агрегатном состоянии крови расстройства микроциркуляторного кровотока и гиперкоагуляция приводят к осложненному течению беременности (первичной и вторичной плацентарной недостаточности, синдрому потери плода, гестозу и др.), родов (преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, аномалии родовой деятельности, интранатальной внутриутробной гипоксии плода), послеродового периода [1–14].

Цель исследования – определить особенности течения беременности в различные её триместры, родов в зависимости от вида тромбофилического состояния.

Материалы и методы

Исследование проводилось с 2005 по 2009 год на базах перинатального центра и женских консультаций г. Краснодара. Было проведено комплексное обследование 350 женщин Краснодарского края, у которых беременность сочеталась с тромбофилическими состояниями различного генеза. У 80 женщин был установлен диагноз наследственной тромбофилии, у 70 – приобретенная тромбофилия в виде антифосфолипидного синдрома. С учетом уточненности генеза тромбофилического состояния, нарушений в системе гемостаза эти

150 женщин были включены в I клиническую группу. Во II клиническую группу нами были отнесены 100 женщин, у которых коагулопатические нарушения были неясного генеза (исключены наследственные ТФ и АФС). Группу контроля составили 100 женщин с отсутствием нарушений в системе гемостаза. Критерии отбора пациентов для проведения обследования: лабораторные изменения в коагулограмме, не соответствующие физиологическому сроку гестации либо вне беременности при отсутствующих провоцирующих факторах.

Критерии исключения в исследовании: наличие новообразования любой локализации; синдром гиперстимуляции яичников вследствие индукции овуляции в программе ЭКО или при использовании селективных модуляторов эстрогеновых рецепторов; аномалии развития мочеполовой системы, экстрагенитальная патология в стадии суб- и декомпенсации.

Результаты и обсуждение

При анализе течения беременности выяснилось, что в I группе у 111 (74%) беременность наступила на фоне предгравидарной подготовки. Однако начиная с I триместра беременности отмечались различные осложнения. У 108 (72%) женщин с наследственной тромбофилией диагностирован угрожающий самопроизвольный аборт

($p \leq 0,001$) и в 18 (12%) случаях – начавшийся самопроизвольный аборт. Необходимо указать, что начавшийся самопроизвольный аборт отмечен только у женщин с тромбофилиями высокого риска по Т. Е. Матвеевой (2002). С учетом своевременной диагностики данного осложнения всем женщинам была проведена терапия, направленная на сохранение беременности (токолитическая, инфузионная, антиагрегантная, ингибитор фибринолиза (транексам), метаболическая (фолиевая кислота, поливитамины, препараты железа) терапия, коррекция дозы НМГ с индивидуальным подбором доз препаратов и длительности их введения). Вследствие чего ни в одном случае не произошел самопроизвольный аборт. У 11 (7%) женщин с полиморфизмом PAI-I (4G/4G, 4G/5G), несмотря на прием транексамовой кислоты, частичная непрогрессирующая отслойка хориона произошла, тем не менее беременность была сохранена и пролонгирована.

У женщин II группы при исключении инфекционного и эндокринного факторов невынашивания в 30 (30%) случаях выявлена угроза самопроизвольного аборта, и у 7 (7%) женщин отмечена отслойка хориона. Необходимо особо подчеркнуть отсутствие межгруппового различия в частоте отслойки хориона в I и II группах ($p \geq 0,05$). Тем не менее у женщин II группы клиническая картина отслойки хориона была менее выражена (уступала по площади, количеству кровопотери, не требовала длительной гемостатической терапии). Таким образом, нами выявлено сопоставимое по отслойке хориона течение беременности в I триместре у женщин I и II групп.

При оценке течения второго триместра беременности выяснилось, что у женщин I группы вдвое снизилась частота угрожающего самоаборта – до 52 (37,4%) случаев. Данный факт может быть объяснен, во-первых, своевременной диагностикой тромбофилии, во-вторых, полноценной сохраняющей терапией.

Другая картина представилась во II группе, в которой число женщин с угрожающим самоабортом увеличилось практически вдвое – до 58 (58%) случаев. Данный факт требует дальнейших, более углубленных исследований особенностей гемостаза у женщин с тромбофилией неуточненного генеза с проведением своевременной профилактики осложнений гестации.

Отметим, что первичная плацентарная недостаточность выявлена у 15 (10%) женщин I группы ($p \leq 0,05$). Однако первичная плацентарная недостаточность выявлена и у 6 (6%) женщин II группы. При включении в исследование у женщин основных групп исключалось наличие конкурентной патологии (инфекционной, экстрагенитальной, эндокринной, генетической и т. д.), способной скомпрометировать функцию и морфологию плаценты во II триместре беременности. Таким образом, мы можем предполагать, что наличие тромбофилии неуточненного генеза требует своевременной диагностики и профилактики первичной плацентарной недостаточности. У 4 (3%) женщин I группы выявлен гестоз лёгкой степени в сроке 25–27,5 недели, причем только у женщин высокого риска, что было прогнозируемо. В связи с чем женщины были госпитализированы в стационар при минимальной симптоматике и клинико-лабораторных нарушениях, проведено лечение. У женщин II группы отмечены признаки первичной плацентарной недостаточности в 6 (6%) случаях, несмотря на то что в 4 случаях с I триместра беременности проводилась профилактика хронической плацентарной недостаточности (деагреганты, антикоагулянты, анти-

оксиданты, поливитамины). Следовательно, при тромбофилии неясного генеза существует риск развития плацентарной недостаточности во II триместре беременности.

В III триместре беременности у женщин I группы выявлено наиболее осложнённое течение: у 39 (26%) – преждевременные на $32,7 \pm 1,69$ недели роды (от 29 до 35 недель); у 48 (36%) – средне-тяжелое течение гестоза; 10 женщин с гестозом тяжелой степени и 21 – с гестозом средней степени были родоразрешены досрочно вследствие неэффективности проводимого лечения; у всех женщин выявлены признаки хронической плацентарной недостаточности (хроническая внутриутробная гипоксия плода; нарушение гемодинамики маточно-плодово-плацентарного комплекса; маловодие, ЗВУР); у 11 (7,3%) произошла преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты: у 8 женщин – неполная непрогрессирующая, у 2 женщин – неполная прогрессирующая, у одной женщины – с отслойкой 1/3 плаценты. Однако описанный ход осложненного течения III триместра беременности при наличии наследственной тромбофилии был объясним и сопоставим с имеющимися в литературе данными [13,15].

Представлял значительный интерес гестационный процесс в III триместре у женщин II группы, у которых течение беременности носило не менее осложненный характер. Несмотря на то что ни в одном случае не выявлен гестоз тяжелой степени, у 5 (5%) женщин диагностирован гестоз средней степени, потребовавший во всех случаях досрочного родоразрешения (у 2 – путем кесарева сечения, у 3 женщин – преиндукцией родов мефипрестомом в дозе $333,3 \pm 115,47$ мг и последующей индукцией у 2 женщин родов – амниотомией). Хроническая плацентарная недостаточность выявлена у большинства женщин – у 85 (85%) человек, достоверно выше, чем в контрольной группе ($p \leq 0,01$). Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (неполная непрогрессирующая) произошла у 2 (2%) женщин, что не имело статистически значимого веса, однако заставляло предполагать, какие причины лежали в основе и отслойки плаценты, и гестоза, и хронической плацентарной недостаточности. Значит, у женщин с неуточнённой тромбофилией течение беременности отличалось более благополучным течением, чем при тромбофилиях установленного генеза, но достоверно более осложненным, чем в группе контроля.

Таким образом, течение беременности, родов и послеродового периода у женщин с тромбофилиями неясного генеза более благополучное, чем у женщин с установленными (наследственными) тромбофилиями, и достоверно более осложненное, чем в группе контроля, что говорит о несомненной фундаментальности нарушений в системе гемостаза при наследственных тромбофилиях.

При нарушении в системе гемостаза в предгравидарном периоде и в I триместре беременности необходимо выявлять наследственные тромбофилии, проводить своевременную профилактику тромбофилических осложнений (антиромбоцитарные дезагреганты, антикоагулянты по показаниям).

ЛИТЕРАТУРА

1. Бицадзе В. О., Баймурадова С. М., Хизроева Д. Х., Макацария А. Д. Антифосфолипидный синдром (от сомнительных до катастрофических форм) в акушерской практике // Омский научный вестник. – 2005. – № 1. – С. 27–29.

2. Бицадзе В. О., Макацария А. Д., Акиншина С. В. Тромбозы и тромбоэмболии в акушерско-гинекологической клинике. Молекулярно-генетические механизмы и стратегия профилактики тромбоэмболических осложнений. — М.: МИА, 2007. — 1064 с.
3. Макацария А. Д., Бицадзе В. О. Тромбофилические состояния в акушерской практике. — М., 2001. — С. 219–285.
4. Макацария А. Д., Долгушина Н. В. Герпес и антифосфолипидный синдром у беременных // Акушерство и гинекология. — 2001. — № 5. — С. 53.
5. Макацария А. Д., Бицадзе В. О. Тромбофилии и противотромботическая терапия в акушерской практике. — М.: Триада-Х, 2003. — 904 с.
6. Макацария А. Д., Бицадзе В. О., Акиншина С. В. Метаболический синдром и тромбофилия в акушерстве и гинекологии. — М.: МИА, 2006. — 480 с.
7. Макацария А. Д., Бицадзе В. О., Акиншина С. В. Синдром системного воспалительного ответа в акушерстве. М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. — 448 с.
8. Макацария А. Д. Новый взгляд на причины и структуру материнской смертности // Журнал Российского общества акушеров-гинекологов. — 2008. — № 1. — С. 3–10.

9. Макацария А. Д., Бицадзе В. О., Баймурадова С. М., Акиншина С. В. Тромбофилии в акушерско-гинекологической практике // Журнал Российского общества акушеров-гинекологов. — 2008. — № 1. — С. 11–18.
10. Макацария А. Д., Бицадзе В. О., Баймурадова С. М., Акиншина С. В. Патогенез и профилактика тромбоэмболических осложнений при беременности. — 2008. — № 1. — С. 18–31.
11. Макацария А. Д. Антифосфолипидный синдром // Журнал Российского общества акушеров-гинекологов. — 2008. — № 1. — С. 32–44.
12. Мурашко А. В., Кумыкова З. Х. Хроническая венозная недостаточность и беременность // Consilium Medicum – Гинекология. — 2007. — Т. 9, № 1. — С. 50–52. Мурашко Л. Е. Гестоз // Актуальные вопросы патологии родов, плода и новорожденного: Пособие для врачей. — М., 2003. — 234 с.
13. Серов В. Н., Пасман Н. М., Бурухина А. Н. Синдром системной воспалительной реакции при критических состояниях в акушерской клинике. Материалы IV форума «Мать и дитя». — 2002. — С. 534–536.

Поступила 17.08.2011

С. А. ПАВЛИЩУК¹, Н. В. ЛАБИНЦЕВА¹, А. Г. СТАРИЦКИЙ², А. И. ПОНОМАРЕВА³

МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С АСТМОЙ

¹Кафедра терапии № 1 ФПК и ППС ГБОУ ВПО

«Кубанский государственный медицинский университет Минздравсоцразвития»,
Россия, 350086, г. Краснодар, ул. 1 Мая, 167;

²муниципальное учреждение здравоохранения Краснодарская городская клиническая
больница скорой медицинской помощи (МУЗ ГКГ БСМП),
Россия, 350042, г. Краснодар, ул. 40 лет Победы, 14;

³кафедра клинической фармакологии ГБОУ ВПО
«Кубанский государственный медицинский университет Минздравсоцразвития»,
Россия, 350012, г. Краснодар, ул. Красных партизан, 6/2

Отсутствие адекватной базисной терапии астмы является наиболее частой причиной тяжелых обострений заболевания, требующей госпитализации и приводящей к значительным медицинским расходам. Произведен расчет прямых медицинских расходов на лечение обострения астмы в Краснодарской городской клинической больнице скорой медицинской помощи, проанализированы причины и триггерные факторы развития обострения.

Ключевые слова: астма, обострение, прямые медицинские расходы.

S. A. PAVLISCHUK¹, N. V. LABINTSEVA¹, A. G. STARITSKIY², A. I. PONOMAREVA³

MEDICAL AND ECONOMIC CHARACTERISTICS OF THE FIRST AID TO PATIENTS HAVING ASTHMA

¹The chair of therapy № 1 Kuban state medical university,
Russia, 350086, Krasnodar, 1-st Maya str., 167;

²hospital of emergency aid,
Russia, 350042, Krasnodar, 40 years of Viktory str., 14;

³the chair of clinical pharmacology Kuban state medical university,
Russia, 350012, Krasnodar, Krasnuy partisan str., 6/1

The absence of an adequate basic therapeutics of asthma is the most frequent reason of heavy exacerbations of the disease demanding hospitalization and leading to considerable expenditures. The calculation of direct medical expenditures on the treatment of exacerbation of asthma in the Hospital of emergency aid of Krasnodar has been made. The reasons and starting factors of the development of exacerbation has been analysed.

Key words: asthma, exacerbations, direct medical expenditures.