

4. Суханова Н.Н. Изучение влияния медико-биологических и социальных факторов на развитие ребенка и состояние его здоровья / Н.Н. Суханова, Н.А. Скоблина // Гигиена детей и подростков на пороге третьего тысячелетия. Основные направления развития: материалы Всерос. научн.-практ. конф. — М., 1999. — С. 51.

5. Ямпольская Ю.А. Региональное разнообразие и стандартизованная оценка физического развития детей и подростков / Ю.А. Ямпольская // Педиатрия. — 2005. — № 6. — С. 73–76.

М.Б. Цыренжапов

ЗАВИСИМОСТЬ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ОТ ОБЪЕМА ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ КРОВОПОТЕРИ ПРИ РАСШИРЕННЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ

Бурятский государственный университет (Улан-Удэ)

Тромбогеморрагические осложнения являются одними из наиболее частых и закономерных при проведении оперативных вмешательств у онкологических больных, сопровождающихся значительной интраоперационной кровопотерей.

Целью настоящего исследования явилось изучение характера расстройств в системе гемостаза, возникающих у онкологических больных на фоне оперативного вмешательства, сопровождающегося значительной интраоперационной кровопотерей и определение зависимости вида нарушения функционального состояния компонентов системы гемостаза от объема кровопотери.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследование было включено 39 пациентов. Средний возраст больных составил 53 ± 3 года. Причиной острой кровопотери были расширенные травматичные оперативные вмешательства по поводу злокачественных новообразований 3-й стадии различной локализации. Непременным условием отбора больных явилась интраоперационная кровопотеря, превышающая 20 % ОЦК. Объем интраоперационной кровопотери определялся гравиметрическим методом. Исследование проводилось в три этапа: исходно (перед началом осуществления оперативного вмешательства) — 1-й этап, интраоперационно (после окончательной остановки кровотечения) — 2-й этап, в 1-е сутки послеоперационного периода — 3-й этап. Контрольную группу составили 30 здоровых доноров.

Исследование системы гемостаза осуществлялось инструментальным экспресс-методом гемокоагулографии с использованием анализатора реологических свойств крови портативного АРП-01 «Меднорд».

Статистический анализ результатов исследования проводили с использованием критерия Манна-Уитни.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ динамики показателей, характеризующих функциональное состояние компонентов гемостаза, позволил разделить всех обследованных больных на две группы: с гипокоагуляционным (14 пациентов) и гиперкоагуляционным (25 больных) типом реакции системы гемокоагуляции на хирургическую травму и кровопотерю.

У пациентов с гиперкоагуляционным статусом уже на первом этапе исследования было выявлено статистически достоверное, в отличие от нормы, увеличение средних значений показателей **Аг, МА и уменьшение** средних значений параметров **г и к**, что указывало на активацию как сосудисто-тромбоцитарного, так и коагуляционного компонентов гемостаза. На втором и третьем этапах исследования отмечалось дальнейшее усиление спонтанной агрегационной активности форменных элементов крови и ее коагуляционного потенциала (табл. 1).

Показатели гемокоагулограммы у больных с гиперкоагуляционным типом реакции ($M \pm m$)

Иная динамика показателей, характеризующих функциональное состояние звеньев системы гемокоагуляции, была отмечена у пациентов с гипокоагуляционным типом реакции. Если на первом и втором этапах исследования у них также отмечалось статистически достоверное, в отличие от нормы, уменьшение показателей **г и к**, то достоверных изменений других констант гемокоагулограммы не было. На третьем этапе отмечалось статистически достоверное увеличение от нормы показателей **г, к, Т** и уменьшение **МА**, что указывает на явное снижение активности коагуляционного звена системы гемостаза. Достоверных отклонений от нормы средних значений показателя **Аг**, позволяющего оценивать активность сосудисто-тромбоцитарного компонента гемостаза, ни на одном из этапов исследования отмечено не было. Также следует отметить, что в группе с гипо- и с гиперкоагуляционным типом реакции

не было отмечено статистически достоверных отклонений от нормы показателя F, характеризующего фибринолитическую активность (табл. 2).

Таблица 1

Показатели гемокоагулограммы у больных с гиперкоагуляционным типом реакции ($M \pm m$)

Анализируемые константы	Здоровые доноры	Этапы обследования пациентов		
		1-й	2-й	3-й
г, мин.	6,43 ± 0,29	5,12 ± 0,16*	2,69 ± 0,29*	2,61 ± 0,21*
к, мин.	7,28 ± 0,32	5,26 ± 0,36*	3,34 ± 0,16*	2,88 ± 0,12*
Аг, отн. ед.	3,80 ± 0,54	5,60 ± 0,25*	6,72 ± 0,62*	8,09 ± 0,47*
Т, мин.	57,63 ± 2,77	51,27 ± 2,48	34,64 ± 1,64*	39,24 ± 1,79*
МА, отн. ед.	607,4 ± 6,2	698,9 ± 29,6*	760,3 ± 42,7*	917,9 ± 19,4*
F, %	9,64 ± 0,71	10,56 ± 2,82	21,80 ± 7,77	9,67 ± 2,10

Примечание: * – здесь и в табл. 2 $p < 0,05$ при сравнении с аналогичными параметрами у здоровых доноров на данном этапе исследования.

Таблица 2

Показатели гемокоагулограммы у больных с гипокоагуляционным типом реакции ($M \pm m$)

Анализируемые константы	Здоровые доноры	Этапы обследования пациентов		
		1-й	2-й	3-й
г, мин.	6,43 ± 0,29	4,77 ± 0,32*	4,55 ± 0,12*	12,06 ± 1,28*
к, мин.	7,28 ± 0,32	5,00 ± 0,27*	5,61 ± 0,39*	13,89 ± 1,82*
Аг, отн. ед.	3,80 ± 0,54	3,50 ± 0,40	3,62 ± 0,43	2,62 ± 0,29
Т, мин.	57,63 ± 2,77	46,20 ± 1,06	50,00 ± 2,53	74,66 ± 3,29*
МА, отн. ед.	607,4 ± 6,2	643,0 ± 29,4	560,5 ± 37,0	449,0 ± 31,3*
F, %	9,64 ± 0,71	14,80 ± 2,74	11,51 ± 2,79	11,79 ± 3,32

Показатели гемокоагулограммы у больных с гипокоагуляционным типом реакции ($M \pm m$)

Выделение двух типов реакции системы гемостаза на операционную травму и кровопотерю у исследованных больных позволило нам произвести сравнительную оценку объема интраоперационной кровопотери в указанных группах. В группе с гиперкоагуляционным типом реакции компонентов системы гемостаза кровопотеря не была массивной и в среднем составила $1296,4 \pm 52,9$ мл, в то время как в группе с гипокоагуляционным типом реакции ее можно было отнести к категории массивной, так как в среднем она составила $2158,0 \pm 103,5$ мл.

ВЫВОДЫ

1. Расширенные хирургические операции, сопровождающиеся значительной кровопотерей, могут вызывать у больных изменения функционального состояния компонентов системы гемостаза как в виде повышения агрегационной активности форменных элементов крови и ее коагуляционного потенциала, так и в виде их снижения.

2. Инструментальный экспресс-метод исследования системы гемостаза — гемокоагулография с использованием анализатора реологических свойств крови портативного АРП-01 «МЕДНОРД» — позволяет уже в интраоперационном периоде определить характер расстройств функционального состояния компонентов системы гемостаза, возникающих на фоне длительных и травматичных оперативных вмешательств, сопровождающихся острой кровопотерей.

3. Значительная, превышающая 20 % ОЦК, но не массивная кровопотеря, вызывает повышение коагуляционного потенциала крови и создает условия для развития тромботических осложнений в раннем послеоперационном периоде, в то время как массивная кровопотеря (в объеме 1500 — 2000 мл и более) способствует возникновению гипокоагуляции и кровоточивости.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баркаган З.С. Геморрагические заболевания и синдромы / З.С. Баркаган. — М., 1988. — 528 с.
2. Зербино Д.Д. Диссеминированное внутрисосудистое свертывание крови: Факты и концепции / Д.Д. Зербино, Л.А. Лукасевич. — М., 1989. — 256 с.

ОСОБЕННОСТИ РОДОВ У ВОЗРАСТНЫХ ПЕРВОРОДЯЩИХ*Клинический 1-ый родильный дом (Улан-Батор)***АКТУАЛЬНОСТЬ ТЕМЫ**

В последние годы возросло количество первородящих пожилого возраста в связи с планированием семьи, образованием о репродуктивной жизни. Поэтому возникает необходимость исследования течения беременности, особенностей родов у возрастных первородящих женщин.

В зависимости от возраста, анатомии и физиологии матки, динамических нарушений гормонального уровня, дистрофических изменений эндотелия сосудов и матки, нарушений плацентарной циркуляции и сократительной функции матки нарушается нормальное течение беременности и родов.

Среди осложнений при беременности у возрастных первородящих чаще наблюдаются: ранний токсикоз и гестоз (41 %), обострение экстрагенитальных заболеваний (18 %), аномалии родовой деятельности (11 %), преждевременное излитие околоплодных вод (16 %), кровотечение в послеродовом и раннем послеродовом периодах (28 %), а также в послеродовом периоде — эндометрит (18 %).

Со стороны плода: асфиксия и травмы головного мозга (21 %), плацентарная недостаточность (19 %), родовые травмы (11 %), врожденные пороки развития плода (42 %), гипоксическое поражение головного мозга (17 %).

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить течение беременности, особенности родов и их исходы, с целью определения факторов риска при беременности и родов у первородящих женщин старше 30 лет.

ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Изучить течение беременности у женщин старше 30 лет по обращаемости в женскую консультацию.
2. Изучить особенности родов и факторы риска, план ведения родов и исходы родов у женщин старше 30 лет.
3. Оценить состояние новорожденных, рожденных от матерей старше 30 лет.

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведен ретроспективный анализ 250 историй родов в первом родильном доме г. Уланбаатара за 2005 год и их статистическая обработка по программе SPSS12.0.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Женщины были поделены на следующие группы:

- 30 — 34 лет — 214 (85,6 %)
- Старше 40 лет — 3 (1,2 %).

Из всех исследуемых женщин 68 % имели высшее образование, 30,4 % — среднее. 99,6 % беременных женщин наблюдались в женской консультации с ранних сроков беременности. Из исследуемых женщин 34,8 % (87) составили первородящие, 36 % (90) — повторнородящие. 40,8 % из первородящих имели в анамнезе аборт, из которых 7,6 % имели более 3-х абортов в анамнезе. 24,4 % исследуемых имели внематочную и неразвивающуюся беременность. Только 34,8 % были первобеременные.

Течение первой половины беременности: без осложнений — 68,8 % (172), с ранним токсикозом — 10,8 % (27), с угрозой прерывания беременности, с обострением экстрагенитального заболевания — 4,4 % (11). Течение второй половины беременности осложнилось поздним токсикозом — 37,2 % (93) — из них 5,15 % (24) тяжелыми формами, угроза преждевременных родов — 11,2 % (28), дистресс-синдром плода — 14,4 % (36). Женщины с экстрагенитальными заболеваниями занимали 32 %.

В 21 % случаев роды консервативные, 51,5 % — кесарево сечение произведено в плановом порядке, 48,5 % — в экстренном.

При родах через естественные родовые пути наблюдались следующие осложнения: преждевременное излитие околоплодных вод — 25,9 % (14) и вторичная слабость родовой деятельности — 14,8 % (8).

При консервативном ведении родов без осложнений — 25,9 %, родовозбуждение мезопростолом — 31,5 %, гипотоническое кровотечение 5,6 %, в одном случае произведена экстирпация матки.

По весам новорожденные распределились следующим образом: с весом 2501 — 3500 граммов — 66,4 %, с весом 4001 и более 4 % (10), с весом менее 2500 — 3,6 % (9).

ВЫВОДЫ

1. В 2005 году в первом роддоме родоразрешилось 5683 женщины. Среди них 41,9 % (2753) занимали первородящие, 9,08 % (250) в возрасте старше 30 лет.