

Абдурашидова Г.А., Хамдамова Э.Г., Дустмурадов А.Г., Хусенов И., Матлубов М.М.

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ПРОФИЛАКТИКИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ОСЛОЖНЕНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ДВС-СИНДРОМОМ

Самаркандский государственный медицинский институт

Одной из основных задач органов и учреждений здравоохранения является профилактика и снижение материнской и младенческой смертности, так как эти показатели имеют медико-социальную значимость и определяют уровень развития общества и здравоохранения.

Тромбогеморрагические осложнения являются постоянным спутником любой акушерско-гинекологической патологии, таких как тяжелые формы гестоза, септические состояния, сердечнососудистые заболевания, анемии и др., и во многом определяют течение и исход беременности и родов.

Выявление причин тромбогеморрагических осложнений, понимание патогенеза, выбор рациональной диагностики в ургентной и клинической ситуации, оптимальной тактики интенсивной терапии, уточнение сроков оперативного или консервативного лечения, анестезиологическое обеспечение – даже этот неполный перечень дает представление о сложности и важности данной проблемы в акушерско-гинекологической клинике.

Вместе с тем значимость тромбогеморрагических проявлений критических состояний в акушерской клинике изучена еще крайне недостаточно. В частности, свойственные ДВС – синдрому клинические проявления (гемокоагуляционный шок, острый респираторный дистресс-синдром (ОРДС), синдром полиорганной недостаточности (СПОН)), клиницистами обычно связываются с течением основного заболевания, либо рассматриваются раздельно, как самостоятельные, не объединенными общим патогенезом, что затрудняет своевременную диагностику и терапию этой патологии [3,4,7].

Следует особенно отметить, что в повседневной практике интенсивной терапии тромбогеморрагические проявлениями критических состояний в акушерстве являются следствием не только ДВС-синдрома, но и других патологий гемостаза (врожденные и приобретенные тромбофилии, болезнь Виллебранда, К-витаминозависимые коагулопатии, дисфибриногемии, гемодилуционные коагулопатии, тромбоцитопатии и др.).

Поэтому, ситуационный подход к диагностике и эмпирический к лечению нельзя считать приемлемым в настоящее время.

Не вызывает также сомнения, что до настоящего времени остаются достаточно спорными и дискуссионными мнения по классификационной структуре ДВС – синдрома в ургентных и клинических ситуациях, а так же его дифференциация с другими коагулопатиями при критических ситуациях в акушерско-гинекологической клинике [1,5,6].

Приходится также констатировать, что не унифицированы способы коррекционно-заместительной терапии ДВС-синдрома. Требуют дальнейшего практического изучения показания, оптимальные варианты мониторинга, пути введения и дозировки различных видов гепарина.

На наш взгляд требуется дальнейшее подтверждение обоснованности и дозировки применения криопреципитата, тромболитиков IV поколения при коррекции расстройств гемостаза в акушерской клинике [2,3].

ДВС-синдром, являясь одной из главных причин полиорганной недостаточности, в значительной степени предопределяет исход болезни, а лечение этого синдрома представляет трудную задачу и далеко не всегда бывает успешным. Разработка вопросов профилактики, интенсивной терапии ДВС-синдрома находятся в центре внимания акушер-гинекологов и анестезиологов-реаниматологов. Своевременно начатая комплексная интенсивная терапия и профилактические мероприятия, основанные на индивидуальном выборе гемодинамической поддержки, средств, влияющих на систему гемостаза позволяют обеспечить выведение больных из критического состояния.

Учитывая вышеуказанное целесообразно разработать оптимальную схему интенсивной терапии и профилактики ДВС-синдрома, что является очень важным для снижения материнской и перинатальной смертности.

Таким образом, разработка методик профилактики и интенсивной терапии ДВС-синдрома в

Таблица 1. Динамика показателей гемостаза при физиологической беременности, $M \pm m$

Тесты гемостаза	Этапы исследования			
	До родов	1 сутки	3 сутки	5 сутки
Ht	0,31±0,01	0,31±0,01	0,31±0,01	0,32±0,01
ПТИ, %	102,0±0,9	102,1±0,6	101,7±0,6	103,0±0,8
ТВ, сек	14,1±0,2	14,3±0,2	14,1±0,2	14,6±0,2
АВСК	1,99±0,5	1,89±0,5	2,11±1,3	2,38±1,4
АЧТВ, сек	35,5±0,8	33,7±0,8	34,5±0,4	35,9±0,6
Фибриноген, г/л	3,6±0,1	3,8±0,2	3,9±0,2	3,7±0,1
Тромбоциты, тыс.	233±8,4	247±13,1	295±12,2	283±11,2
АТ III, %	103,9±3,6	96,1±1,9	97,1±2,4	97,6±2,1
ПДФ, мкг/мл	6,3±1,2	8,8±1,1	4,0±0,7	3,2±0,5
ИРП, %	96,7±2,1	83,1±3,4	90,9±4,5	96,1±3,5
Д-димеры, нг/л	Отр.	Отр.	Отр.	Отр.

акушерстве и гинекологии является актуальной проблемой, требующей новых решений.

Цель исследования: Целью нашего исследования является разработка профилактических методов интенсивной терапии, обеспечивающая безопасное родоразрешение у женщин с хроническим ДВС-синдромом и таким образом оказать благоприятное влияние на состояние матери и плода.

Материал и методы исследования: Мы исследовали в клинике СамМИ 45 беременных в отделение реанимации и родильного комплекса с диагнозом разной степени преэклампсии с сопутствующим хроническим ДВС-синдромом. Все больные были подразделены на две группы: первая (основная) группа – 23 больных, вторая (контрольная) группа – 22 больных. Всем беременным проводилась интенсивная терапия включающая β -блокаторы (атеналол, бисопролол, метапролол), антагонисты Са (нифедипин, амлодипин, коринфар), магниевая терапия, при необходимости нейрометаболическая защита, также инфузионная терапия (рефортан, стабизол и др.). Беременные первой (основной) группы получали в комплексе интенсивной терапии препараты АСК и гепарин.

Все больные были обследованы согласно стандартам: общий анализ крови, клинико-биохимические исследования крови, в том числе свертываемость крови по Сухареву, ПТИ и ПТВ, коагулограмма, гематокрит, общий белок крови, мочевины и креатинин крови, печеночные ферменты (АЛТ, АСТ) и др.; общий анализ мочи (особенно белок); ЭКГ и ЭхоЭГ, УЗИ пло-

да и внутренних органов матери; гемодинамические параметры (АД, ЧСС, пульс); осмотр специалистов: невропатолог, терапевт, окулист; У всех больных наблюдалось снижение уровня тромбоцитов на 44%, снижение ПТИ на 47%, удлинение ПТВ, времени свертываемости, увеличение показателей Ht на 27%.

Уровень фибриногена в конце III триместра увеличивается на 20-30% (в сравнении со средними нормативными значениями), а возрастание количества факторов, составляющих внешний путь активации свертывания крови - незначительное, о чем свидетельствуют данные протромбинового комплекса (ПТИ в среднем 100–110%).

Несмотря на повышенную активность основных прокоагулянтов при физиологической беременности патологической активации гемостаза не выявляется – это достигается в результате сбалансированной и компенсированной работой всех звеньев системы гемостаза, что является уникальной особенностью во время беременности.

Таким образом, физиологические изменения в системе гемостаза относятся к проявлениям общей циркуляторной адаптации организма беременной женщины к гестационному процессу, что и способствует эффективному гемостазу, однако данные физиологические изменения создают фон для срыва адаптационных механизмов при любой критической ситуации во время беременности и родов.

Результаты и их обсуждение: У всех беременных исследовалась коагулограмма поэтапно: до

Таблица 2. Распределение больных по пути родоразрешения, вида анестезии и осложнениям

	Кол-во больных	Путь родоразрешения	Вид анестезии	Развитие геморрагических осложнений
Основная группа	23	Абдоминальный	Общий наркоз	6 (26%)
Контрольная группа	22	Абдоминальный	Общий наркоз	13 (58,8%)

родов, 1 сутки, 3 сутки и 5 сутки. По данным литературы и наших исследований в III триместре при физиологической беременности отмечается повышение суммарной активности факторов свертывания крови, составляющих внутренний путь активации гемостаза – VIII, IX, X, XI, XII (табл. 1).

То подтверждает факт повышенной активности свертывающего звена гемостаза и тромбинемии.

В сосудисто–тромбоцитарном звене гемостаза отмечается повышение агрегационной способности тромбоцитов на 20 – 30%, при нормальном их количестве.

Все больные подверглись плановому абдоминальному родоразрешению. У больных основной группы во время операции не наблюдались значительные изменения со стороны коагулограммы крови, кровотечения и развитие осложнений требующих переливания СЗП, крови,

растворов ГЭК. У 6 больных (26%) в течении операции время свертываемости удлинилось на 34%, у остальных больных не изменялось. Во время операции и в раннем послеоперационном периоде осложнений не наблюдались. У больных контрольной группы на фоне гипотонического кровотечения были значительные изменения коагулограммы и развитие осложнений потребовало применения СЗП, растворов ГЭК, ингибиторов протеаз, переливание крови. У 2 больных (12%) в связи с развитием ДВС-синдрома объем оперативного вмешательства расширили проведением экстирпации матки (табл. 2).

Выводы: Применение в комплексе интенсивной терапии препаратов АСК и гепарина снижает риск развития фатальных осложнений ДВС-синдрома у групп риска беременных, а также улучшает показатели качества жизни матери и состояния плода.

Использованная литература:

1. Абрамченко В.В. Послеоперационная интенсивная терапия в акушерстве // СБП.: Специальная Литература. 2000. С. 98-103.
2. Козинец Г.И. Практическая трансфузиология // Москва, Издательство «Триада-Х»; 1997. 445 с.
3. Лычев В.Г. Диагностика и лечение диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови. Н-Новгород, Издательство НГМА. 1998. 191 с.
4. Макаров В.А. Разработка новых методов диагностики и лечения нарушений гемостаза // Проблемы физиологии и патологии системы гемостаза, Барнаул, 2000. С. 35-57.
5. Степанковская Г.К., Венцовский Б.М. Неотложные состояния в акушерстве и гинекологии // Киев, «Здоровье», 2000. 114 с.
6. Ройтман Е.В. Интенсивная терапия острых нарушений гемостаза, актуальные проблемы гемостаза // Тезисы конференции, Архангельск, 2001. С. 34-39.
7. Шифман Е.М., Тиканадзе А.Д., Варганов В.Я. Инфузионно-трансфузионная терапия в акушерстве // Петрозаводск, Издательство «ИнтелТек», 2001. С. 123-125.