

У 4 женщин после самопроизвольных родов начальный этап терапии по остановке гипотонического кровотечения был консервативным: наружный массаж матки, введение утеротонических средств, ручное обследование матки, бимануальная компрессия матки. Продолжающееся гипотоническое кровотечение (в объеме 2000 мл) послужило показанием для лапаротомии и гистерэктомии с перевязкой магистральных сосудов.

Все 29 пациенток выписаны в удовлетворительном состоянии.

Следовательно, кровотечения будут носить управляемый характер при условии своевременности и адекватности профилактики, прогнозирования и лечения с выполнением органосохраняющих операций. Применение органосохраняющих технологий возможно только при стабильной гемодинамике пациентки и кровопотере до 1500 мл на фоне инфузионно-трансфузионной терапии и позволяет сохранить репродуктивную функцию женщины. При объеме кровопотери, превышающей 1500 мл, и продолжающемся кровотечении показана гистерэктомия и перевязка внутренних подвздошных артерий.

## **ОСОБЕННОСТИ СЕМЕЙНОГО АНАМНЕЗА У БЕСПЛОДНЫХ ЖЕНЩИН С НЕУДАЧНЫМИ ПОПЫТКАМИ ПРОГРАММ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ**

**Д.Ш. Таравнех**

*Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков.*

Стимуляция суперовуляции при проведении программ вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) является фактором активизации процессов микротромбообразования, однако для их реализации, как правило, необходимо наличиеотягощающих факторов. К таким факторам следует отнести наследственную или приобретенную предрасположенность к тромбозам. При этом неэффективность попыток программ ВРТ, возможно, связана с нарушением микроциркуляции и с образованием микротромбов в эндометрии и хорионе на начальных этапах беременности.

Одним из клинических ориентиров, позволяющих выявить наследственные дефекты гемостаза на этапе подготовки пациентов к программе экстракорпорального оплодотворения, является изучение семейного тромботического анамнеза: наличие венозного тромбоза у лиц моложе 50 лет, ранние инфаркты и инсульты, проявления венозной тромбоэмболии, варикозная болезнь.

Цель исследования – оптимизация подготовки пациенток к программам ВРТ с целью повышения эффективности и снижения осложнений при проведении стимуляции суперовуляции и дальнейшем течении беременности.

Было обследовано 60 женщин с неудачными попытками экстракорпорального оплодотворения в анамнезе, группу контроля составили 30 здоровых женщин.

Клиническое обследование включало в себя детальное изучение семейного тромботического анамнеза. Все пациентки были обследованы на наличие антифосфолипидного синдрома (приобретенные тромбоцитопатии) и наследственные формы тромбоцитопатий.

Лабораторная диагностика антифосфолипидного синдрома включает определение волчаночного антикоагулянта, а также антифосфолипидных антител ELISA-методом. Для исключения возможного дефицита естественных антикоагулянтов – АТ III и протеина С – использовались функциональные коагулологические методы исследования. Оценка выраженности тромбофилии осуществлялась с помощью определения уровня прямых маркеров – комплексов: комплекс тромбин-антитромбин и Д-димера.

У пациентов с бесплодием и неудачными попытками программ ВРТ был обнаружен более высокий процент отягощенного тромботического анамнеза – 33% против 10% в контрольной группе. Структура семейного тромботического анамнеза: инфаркт миокарда выявлен в 30% случаев, геморрагический и/или ишемический инсульт – 28%, тромбоэмболия легочной артерии – 10%, варикозная болезнь и тромбозы вен – 32%. Исследование системы гемостаза выявило гиперкоагуляционный синдром за счет повышения активности факторов внутреннего механизма свертывания и повышения функциональной активности тромбоцитов в 1-й группе наблюдения у 27 (45%) женщин, у 12 (20%) выявлены существенные нарушения в системе протеина С. Во второй группе количество пациентов с повышенной функциональной активностью тромбоцитов составляло всего 3 (10%), и ни у кого из них не было нарушений в системе протеина С. Отмечалась прямая корреляционная зависимость между частотой обнаружения гиперкоагуляционного синдрома и индексом массы тела в обеих группах женщин. Гипергомоцистеинемия обнаружена у 19 (32%) пациентов первой и у 6 (20%) пациентов второй группы. У женщин 1-й группы циркуляция волчаночного антикоагулянта выявлена в 25 (42%) случаях, повышение титра антикардиолипиновых антител за счет IgG – в 21 (35%) случае, в 2 (3%) случаях титр IgG к суммарным фосфолипидам составил 98 Ед/мл (при норме <10 Ед/мл). Во второй группе циркуляция волчаночного антикоагулянта наблюдалась у 5 (17%) пациентов, титр IgG к суммарным фосфолипидам отсутствовал у всех пациентов.

Снижение факторов гиперкоагуляции во 2-й группе наблюдений, возможно, способствовало наступлению беременности после экстракорпорального оплодотворения.

Следовательно, с целью повышения эффективности программ ВРТ и снижения риска тромботических осложнений при их проведении, рекомендуется тщательное изучение семейного тромботического анамнеза с последующей диагностикой наследственных и приобретенных тромбофилий.

## **ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И КЛИМАКТЕРИЧЕСКИЙ СИНДРОМ**

### **З.А. Цуригова, Л.В. Степанян, С.П. Синчихин**

*Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Астрахань.*

Физиологический пременопаузальный период протекает по типу постепенного уменьшения функции яичников, которая клинически характеризуется наступлением менопаузы. В постменопаузальном периоде в репродуктивной системе женщины прогрессируют инволютивные изменения на фоне резкого снижения уровня эстрогенов.

Нарушения течения климактерического периода могут проявляться в виде нейровегетативных нарушений, совокупность которых составляет климактерический синдром. По данным литературы, указанное патологическое состояние может наблюдаться у 30-80% женщин после 50 лет.

Цель исследования – изучить частоту гинекологических заболеваний, встречающихся при климактерическом синдроме.

Нами обследованы 70 женщин в возрасте от 44 до 58 лет, имеющие клинические признаки нейровегетативных (климактерических) расстройств средней степени выраженности, связанных с уменьшением уровня эстрогенов.

Несмотря на характерные для климактерического синдрома жалобы на приливы, приступы сердцебиений, раздражительность, нарушения сна, достаточно у большого (88,6%) числа женщин наблюдались различные нарушения менструального цикла, а именно: мено- (12,9%), метроррагии (30,6%), скудные менструации (21,0%). В менопаузальном периоде находилось 35,5% пациенток.

Гинекологические заболевания в сочетании с климактерическим синдромом отмечались у 90,0% обследованных пациенток. Миома матки встречалась у 36,5% женщин, гиперпластические процессы и полипы эндометрия – у 30,2%, незлокачественные заболевания шейки матки – у 23,8%, доброкачественные опухолевидные образования яичников – 14,3%, эндометриоз – у 19,0%, в том числе аденомиоз – у 7,9%, пациенток. Синдром тазовых болей различного генеза отмечали 25,0% женщин.

Дисгормональные доброкачественные заболевания молочных желез наблюдались у 21,4% пациенток.

Таким образом, у женщин с климактерическим синдромом достаточно часто встречаются различные гинекологические заболевания. Из чего следует, что пациентки с нейровегетативными расстройствами в климактерическом периоде в обязательном порядке должны проходить гинекологическое обследование.