

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.