

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

На правах рукописи
УДК: 618-005.1-08:612.017.2

ТУРСУНКУЛОВА Мархамат Эргашевна

АДАПТАЦИОННЫЕ ОСОБЕННОСТИ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У ЖЕНЩИН К БЕРЕМЕННОСТИ

14.00.01 – Акушерство и гинекология

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Ташкент – 2011

Работа выполнена в Каршинском филиале Республиканского специализированного научно-практического центра акушерства и гинекологии МЗ РУз

Научный руководитель доктор медицинских наук, профессор
СУЛТАНОВ Саидазим Насырович

Официальные оппоненты: доктор медицинских наук, профессор

доктор медицинских наук, профессор

Ведущая организация

Защита состоится « ___ » _____ 2011 года в ___ часов на заседании специализированного Совета Д.087.01.03 при Ташкентской медицинской академии по адресу: 100048, Ташкент, ул. Таракиёт, 103.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Ташкентской медицинской академии.

Автореферат разослан « ___ » _____ 2011 года.

Ученый секретарь
специализированного совета,
доктор медицинских наук,
профессор

Г. А. ИСМАИЛОВА

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДИССЕРТАЦИИ

Актуальность работы. При беременности в организме женщины происходит целый ряд адаптационно-приспособительных процессов, направленных на обеспечение адекватного течения гестационного периода, роста и развитие плода. Значительная перестройка жизнедеятельности организма беременной сопряжена с изменениями в системах крови, гемостаза, эндокринной, иммунной, биохимического состояния организма (Аршинов А., Сысоева Е., 2000; Азизова Г.Д., Султонов С.Н., 2003; Ивашкина Е.П. и соавт., 2006; Мельников А.П. и соавт., 2008; Баратова М.Т. И соавт., 2009).

Важную роль в поддержании нормальной деятельности фетоплацентарной системы играет система гемостаза. Изменения в системе гемостаза беременной являются физиологическими и связаны с появлением маточно-плацентарного круга кровообращения. Данный процесс обусловлен различными факторами и представляет собой приспособительную реакцию организма беременной на компенсацию затрат в связи с развитием плода и возможной кровопотерей в родах (Ortel T.L. и соавт., 2000; Hayashi M.I. и соавт., 2002; Шписман М.Н. и соавт., 2003; Мамадалиева С.Р. и соавт., 2009; Morikawa M., 2010).

Функционирование системы гемостаза обеспечивается тесным взаимодействием сосудисто-тромбоцитарного, прокоагулянтного, фибринолитического звеньев данной системы и звена ингибиторов свертывания и фибринолиза. По мере развития беременности во всех звеньях свертывающей системы крови происходят изменения, направленные на поддержание равновесия в системе гемостаза (Samama M.M., 1995; Кузник Б.И., 2010).

Так, согласно И.С. Сидоровой и соавт. (2005), изменения в тромбоцитарном гемостазе проявляются еще на доклинической стадии осложненной беременности в 30-32%.

Степень изученности проблемы. Согласно результатам многочисленных исследований, в плазменном звене гемостаза по мере прогрессирования беременности отмечается усиление коагуляционного потенциала. Разработка критериев дифференциальной диагностики адаптационных и дизадаптационных возможностей системы гемостаза к беременности и родам позволит в значительной степени эффективно решать вопросы профилактики гемокоагуляционных осложнений, тем самым снизить процент перинатальных потерь и материнской смертности (Маматкасимов А.М. и соавт., 2003; Айламазян Э.К. и соавт., 2004; Султанов С.Н. и соавт., 2005; Насретдинова Д.Б. и соавт., 2006).

Большинство авторов считают, что важным звеном в генезе геморрагических осложнений при беременности и родах является состояние коагуляционного звена гемостаза, однако основную роль в генезе кровоточивости они отводят тем факторам свертывания крови, которые продуцируются гепа-

тоцитами (Комисаренко С.В., Скок М.В., 2006; Нишанова Ф.П. и соавт., 2008; Смурыгина В., 2009).

Согласно Д.А.Асадову с соавт. (2002), региональные особенности Узбекистана, обусловленные жарким сухим континентальным климатом и наличием экологически неблагоприятного региона Приаралья, оказывают определенное негативное влияние на адаптационные возможности системы свертывания крови, способствуют срыву ее компенсации и развитию как тромботических, так и геморрагических осложнений во время беременности и родов.

Однако, изучению особенностей функционирования системы гемостаза при неосложненном течении гестационного процесса в условиях Узбекистана, посвящены единичные работы (Азизова Г.Д., Султонов С.Н., 2006). Вместе с тем нельзя не согласиться с суждением авторов о том, что без знания нормативных показателей основных звеньев системы гемостаза при гемокоагуляции, присущих осложнениям гестационного процесса, следовательно, не возможна и эффективная их коррекция.

Исследованиями, проведенными в Кашкадарьинском филиале РСНПМЦАиГ, было установлено, что основная масса первобеременных женщин страдают ЖДА различной степени тяжести. Ретроспективный анализ данных свертывающей системы крови беременных по общепринятому скринингу, показал, что почти в 40% случаев отмечается исходное снижение коагуляционных свойств крови. Этими авторами было подробно изучены особенности тромбоцитарного звена гемостаза у женщин с анемиями и значение эндотелиоцитов в развитии тромбоцитопатий, но коагуляционные звено гемостаза не было изучено (Бахрамова М.М. и соавт., 2005; Султанов С.Н. и соавт., 2005).

Таким образом, ранее проведенные исследования подвели нас к мысли о необходимости детального изучения состояния гемостаза у первобеременных женщин Кашкадарьинской области для дальнейшего улучшения перинатальной помощи этим женщинам, уменьшения акушерских кровотечений и связанных с ними случаев инвалидизации женщин и случаев материнской смертности.

Согласно представлению об адаптационной коагулологии (Коршунов Г.В. и соавт., 2000; Сидельникова В.М., 2004), только изучение изменений в системе гемостаза и сопоставления их с реакциями адаптации организма определяет будущую перспективу развития управляемой превентивной гемостазиологии, позволяющей в значительной степени эффективно решать вопросы профилактики гемокоагуляционных осложнений, в частности, акушерских кровотечений.

Связь диссертационной работы с тематическими планами НИР. Исследование выполнялось в рамках научного проекта, финансируемого ГНТП-14 (2006-2008): «Разработка и совершенствование новых методов и технологий в медицине и охрана здоровья населения», по контракту № П-14.1.13.

Цель исследования: изучение адаптации системы гемостаза к беременности у женщин Кашкадарьинской области.

Задачи исследования:

1. Изучить причины смертности у рожениц на основании анализа умерших матерей по Кашкадарьинской области за 2003-2007гг.

2. Изучить особенности течения беременности, родов и характер акушерских осложнений у рожениц по данным ретроспективного анализа.

3. Изучить состояние адаптационной реакции системы гемостаза вне беременности и у первобеременных женщин, определит пределы диапазона нормальных величин параметров гемостаза в популяции беременных женщин Кашкадарьинской области.

4. Выявить ранние признаки адаптационных и дезадаптационных возможностей системы гемостаза у первобеременных женщин.

Изучить особенности функционирования системы гемостаза у беременных при различных патологических состояниях и разработать лабораторный критерий ранней диагностики синдрома гестационной дезадаптации системы гемостаза.

Объект и предмет исследований. Объектами исследования явились ретроспективный анализ 79 случаев материнской смертности произошедшей в Кашкадарьинской области за 2003-2007гг., ретроспективный анализ течения беременности, родов и послеродового периода 150 первобеременных женщин, роды которых осложнились акушерскими кровотечениями, проспективный анализ течения беременности, родов и послеродового периода 440 первобеременных и 30 небеременных женщин, постоянно проживающих в Кашкадарьинской области, обратившихся в клинику филиала РСНПМЦ Акушерства и гинекологии МЗ РУз г. Карши за 2005-2007 гг.

Методы исследования: общеклинические методы, исследование системы гемостаза, методы статистической обработки материала.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Высокая частота экстрагенитальной патологии, как у умерших женщин, так и у первобеременных перенесших массивную кровопотерю в родах были предрасполагающим фоном для возникновения акушерских кровотечений.

2. Особенности системы гемостаза у первобеременных во все триместры беременности характеризуется состоянием свертывающей системы от реальной гиперкоагуляции и гиперагрегации тромбоцитов до изокоагуляции, обусловленной коагулопатией потребления, что свидетельствует о компенсированной и декомпенсированной формах ДВС – синдрома.

3. Истощение компенсаторных и резервных возможностей гемостаза у первобеременных способствует срыву компенсаторных возможностей гемостаза в динамике родового акта, может явиться причиной массивных акушерских кровотечений.

Научная новизна. Разработаны диагностические критерии выделения беременных в группу высокого риска акушерских кровотечений.

Изучено состояние адаптационных реакций системы гемостаза у женщин с физиологическим течением беременности и определены пределы диапазона нормальных величин параметров гемостаза в популяции беременных женщин Кашкадарьинской области.

Определен набор скрининговых коагулологических тестов при первичной постановке диагноза у беременных с геморрагическим синдромом неясного генеза.

Научная и практическая значимость результатов исследования. Изучение особенностей функционирования системы гемостаза у беременных при различных патологических состояниях позволит разработать лабораторные критерии ранней диагностики синдрома гестационной дизадаптации системы гемостаза.

Реализация результатов. По материалам исследования опубликованы методические рекомендации: «Лабораторная диагностика синдрома гестационной дизадаптации системы гемостаза» (Ташкент, 2011), которые внедрены в практику клиники РСНПМЦ Акушерства и гинекологии МЗ РУз и его филиалов.

Апробация работы. Основные положения диссертации доложены на VII съезде Акушеров-гинекологов (Ташкент, 2009). Диссертация апробирована на заседании РСНПМЦ Акушерства и гинекологии МЗ РУз (2010), на научном семинаре Специализированного совета при ТМА (Ташкент, 2011).

Опубликованность результатов: По теме диссертации опубликовано 7 научных работ, из них 6 журнальных статей, 1 методические рекомендации.

Структура и объем диссертации. Диссертация изложена на 117 страницах компьютерного текста и состоит из введения, обзора литературы, материалов и методов исследования, 2 глав собственных исследований, заключения, выводов и практических рекомендаций. Работа иллюстрирована 21 таблицами. Библиографический указатель включает в себя 190 источника, в том числе 112 авторов стран СНГ и 78 зарубежных.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Материал и методы исследования. Нами был проведен ретроспективный анализ 79 случаев материнской смертности произошедшей в Кашкадарьинской области за 2003-2007гг., ретроспективный анализ течения беременности, родов и послеродового периода 150 первобеременных женщин, роды которых осложнились акушерскими кровотечениями, проспективный анализ течения беременности, родов и послеродового периода 440 первобеременных женщин, постоянно проживающих в Кашкадарьинской области, обратившихся в клинику филиала РСНПМЦ Акушерства и гинекологии МЗ РУз г. Карши за 2005-2007 гг. Эти женщины составили основную группу. Контрольную группу составили 30 относительно здоровых небеременных женщин.

Возраст женщин основной группы колебался от 18 до 26 лет, составляя в среднем $22,1 \pm 0,83$ лет. Возраст обследованных контрольной группы был: в среднем $23,1 \pm 0,70$ лет. Нами для исследования были отобраны относительно здоровые первобеременные женщины у которых беременность наступила в течение 3-6 месяцев после начала половой жизни.

У каждой второй женщины имели место заболевания пищеварительной системы, такие как хронический гастрит, хронический колит, хронический холецистит и хронические гепатиты. У 40,9% женщин основной группы диагностированы заболевания почек, удельный вес пиелонефрита в их структуре составил – 86,6%. Меньшую группу составили заболевания сердечно-сосудистой системы – 14,1% и заболевания органов дыхания – 6,3%. Заболевания ССС были предоставлены в основном НЦД и варикозной болезнью. Следует отметить, что во время беременности выявленная соматическая патология не обострялась. У обследованных нами женщин анемия диагностирована в 78,6% случаев, причем с нарастанием срока беременности частота анемий повышалась.

Анализ течения беременности у 440 первобеременных женщин показали, что у них отмечались следующие осложнения. Токсикоз I половины беременности встречался в 63,6% случаях, отслойка ветвистого хориона по данным УЗИ имело место у 11,3%. Обращает на себя внимание то, что беременность у женщин данной группы протекала несколько чаще с угрозой прерывания беременности в первой половине – 31,6%, чем во второй половине беременности – 23,4%. Угроза прерывания беременности в более поздние сроки (III триместр) наблюдалась почти у каждой четвертой женщины. Плацентарная недостаточность составила – 15,3%. Одним из наиболее частых и грозных осложнений было присоединение преэклампсии (ПЭ), которая по нашим наблюдениям была диагностирована у 114 (25,9%) беременных женщин в данной группе. ПЭ легкой степени имела место у 86 (75,44%) у остальных 28 (24,56%) женщин отмечалось прогрессирование ПЭ в тяжелую степень. Явление частичной не прогрессирующей ПОНРП, имел место у 25 (5,7%) женщин исследуемой группы. Этим больным проведена терапия, включавшая гемостатические препараты (дицинон 2-4 мл в/м, контрикал 10-20 тыс.ЕД в/в, при необходимости СЗП под контролем гемостазиограммы, спазмолитики, в связи, с чем у 19 (4,3%) пациенток удалось предотвратить прогрессирование отслойки плаценты и пролонгировать беременность. У 6 (1,4%) беременной в связи с прогрессирующей ПОНРП произведено досрочное, родоразрешение путем операции КС.

Проведенный клинический анализ течения родов показал, что срочные роды произошли у 373 (84,8%) первородящих женщин. Преждевременные роды произошли в 38 (8,6%) случаях, запоздалые роды в 29 (6,6%). Несвоевременное излитие околоплодных вод наблюдалось у 115 (26,1%) первородящих женщин. Течение родов осложнились аномалией родовой деятельности в исследуемой группе 161 (36,6%), слабость родовой деятельности

наблюдалось у 96 (21,8%). Бурная родовая деятельность, приведшая к стремительным родам, отмечена у 66 (15,0%) первородящих. Слабость родовой деятельности и дородовое излитие околоплодных вод явилось показанием к родостимуляции у 115 (26,1%) первородящих. Преждевременная отслойка плаценты имела место у 29 (6,6%) первородящих женщин.

Кесарево сечение произведено 81 (18,4%) первородящим женщинам. Операция кесарева сечения в – 50,0% случаев произведена по экстренным показаниям. Показаниями к операции у женщин данной группы явились чаще прогрессирование преэклампсии, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, дистресс плода, несоответствие между тазом и головкой плода.

Акушерские щипцы наложены 21 (4,8%) первородящим по поводу начавшейся внутриутробной гипоксии плода.

Всем роженицам, проведена профилактика кровотечения в родах путем активного ведения III периода родов: введения 10Ед окситоцина в/м и быстрого отделения и выделения последа. Однако гипотония матки в раннем послеродовом периоде наблюдалась у 41 (9,3%) пациенток исследуемой группы. Задержка частей последа в полости матки в изучаемой группе женщин составила 10,4%.

Для оценки состояния женщин нами проводились: тщательный сбор и анализ анамнестических данных, общий осмотр, гинекологическое и акушерское исследование, при наличии показаний – консультации других специалистов. Пациентки, поступившие в стационар, прошли следующие клинико-лабораторные исследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, анализ мочи по Нечипоренко. Проводилось обследование биохимических показателей крови: общий белок, билирубин, мочевины, креатинин, ферменты (АЛТ, АСТ), показатели гемостаза. Исследование крови на сифилис, ВИЧ, гепатиты В и С. Всем пациенткам произведено бактериоскопическое исследование отделяемого из 3-х точек (влагалище, уретра, цервикальный канал).

Всем беременным проводили ультразвуковое исследование матки, почек, печени и ЭКГ.

Исследования гемостаза проводились в Кашкадарьинском филиале РСНПМЦ АиГ в лаборатории гемостазиологии (заведующий лабораторией Шоимкулов Ю.Ш.).

Исследование тромбоцитарного звена системы гемостаза проводились с помощью следующих методик: определение количества тромбоцитов микроскопическим методом в счетной камере Горяева с фазово-контрастной приставкой; агрегация тромбоцитов на стекле – методом визуальной оценки агрегации тромбоцитов по А.С.Щитиковой (1984).

Исследование прокоагулянтного звена системы гемостаза: определение концентрации фибриногена гравиметрическим методом по Р.А.Рутберг (1964); Активированное парциальное тромбопластиновое время (АПТВ) – стандартными наборами фирмы “Технология-Стандарт” (Барнаул); протром-

биновое время (тромбопластиновое время) стандартными наборами фирмы “Технология-Стандарт” (Барнаул).

Паракоагуляционные тесты: этаноловый тест по Н.С.Godal et.al. (1971); протамин-сульфатный тест в модификации Nilwiarowskiet, Qnzewick, (1980); РФМК - орто-фенантропиловый тест по А.П.Момоту, З.С.Баркаган (1996).

Результаты исследования и их обсуждение.

В 2003-2007 гг. в Кашкадарьинской области во время беременности, в родах и в послеродовом периоде умерли 79 женщин, из них в 27 (34,2%) случаях причиной смерти были АК. 24 (30,4%) умерших женщин были первородящие, 36 (45,6%) повторнородящие, 19 (24,1%) многорожавшие. Из 24 первородящих 20 (83,3%) женщин умерли от АК.

Проведен анализ первичной медицинской документации 27 случая МС от АК. Из 27 умерших от кровотечений женщин наибольший процент - 46,1% погибли вследствие гипотонического кровотечения, у 29,6% - причиной смерти стала ПОНРП, у 20,9% - кровотечения развились после оперативных вмешательств, у 3,4% ввиду предлежания плаценты. Распределение по возрасту показало, что 3/4 женщин (76,2%) находились в возрасте наивысшей репродуктивной активности – 20-34 года. По возрастам эти женщины распределялись следующим образом: до 20 лет - 7,4% , в возрасте 20-24 лет 25,9%, в возрасте 25-29 лет 40,7%, в возрасте 30-35 лет 14,8% женщин и 11,1% женщин в возрасте 35 лет и старше. 68% женщин проживали в сельских местностях и 32% в городах. 61,2% умерших женщин были домохозяйками.

Все беременные, погибшие от кровотечений, нуждались в постоянном динамическом наблюдении и лечении, т.к. 99% их страдали различными экстрагенитальными заболеваниями (ЭГЗ), а акушерский анамнез подавляющего большинства (81,9%) повторнородящих был отягощен во время предыдущих беременностей и родов. Как и раньше, более половины умерших женщин страдали двумя и более ЭГЗ. В соответствии с этим, диагноз, определяющий истинное состояние беременной, был установлен лишь в 54,5% случаев, в результате чего 44,2% женщин не получили необходимого лечения.

Анализ соматического статуса показал, что почти не изменилась структура других ЭГЗ: так, заболевания ССС регистрировались у 23,0% женщин, эндокринные заболевания (включая ожирение) - у 12,1%, заболевания легких - у 6,8%, заболевания печени - у 6,3%.

Состояние беременных при поступлении в стационар было расценено как удовлетворительное у 30,1% и как средней тяжести у 23,8% женщин. 44,7% женщин поступили в стационар в тяжелом и крайне тяжелом состоянии, в основном это касалось случаев ПОНРП и ПП.

Анализ показал, что беременные, умершие от ПОНРП, в 70,5% случаев поступили в стационар в тяжелом и крайне тяжелом состоянии. Тогда как 73,7% женщин, умерших от патологии сократительной способности матки,

госпитализированы в удовлетворительном состоянии и в состоянии средней тяжести. Вне стационара умерли 3 женщины, все вследствие развившегося гипотонического кровотечения после домашних родов.

Значительную часть в группе риска на развитие акушерских кровотечений составили беременные с поздним токсикозом - так, период гестации 63,6% женщин осложнился токсикозами II половины беременности, из них у 11,2% - преэклампсией и эклампсией. Поздние токсикозы у женщин, погибших, от ПОНРП встречались несколько чаще - 68,9%, чем у женщин, погибших от гипотонии матки - 51,6%.

Анализ наступления родов показал, что роды в срок произошли в 64,6%, а запоздало в 4,9% случаев. Почти каждая третья (30,5%) женщина не доносила беременность до положенного срока, причем преждевременные роды у половины из них произошли в связи с ПОНРП. У 10,7% женщин имелся крупный плод, причем причиной смерти 63,6% из них явилась нарушенная сократительная способность, по-видимому, пере растянутой мышечной стенки матки.

Необходимо отметить, что из 27 женщин, умерших за период 2003-2007 гг. от кровотечений, половина были родоразрешены путем операции кесарева сечения. Больше половины кесаревых сечений (57,3%) закончились ампутацией и экстирпацией матки.

У всех женщин, умерших от ПОНРП, развился геморрагический шок, причем у 88,5% - тяжелая форма.

В группе женщин, погибших от ГК - 18,9% были родоразрешены оперативным путем, в 30,1% из их числа - с гистерэктомией. У 81,1% женщин роды произошли через естественные родовые пути, 70,1% из них понадобилась лапаротомия в связи с тем, что предпринятые консервативные меры по остановке развившегося кровотечения были неэффективны. Во всех случаях лапаротомия произведена с ампутацией или экстирпацией матки. У 86,3% женщин этой группы развился тяжелый геморрагический шок.

Проведенный анализ статистических данных обнаружил, что каждая третья женщина (35,5%) погибла в течение первых суток с момента поступления в стационар. Смерть еще 27,9% произошла до 3 суток, что свидетельствует о быстром развитии тяжелой полиорганной недостаточности, в результате массивной кровопотери, о нерациональном ведении и неадекватной терапии больных, что приводит к быстрому летальному исходу. Из 27 погибших женщин, у 11 (4,07%) женщин беременность была противопоказана в связи с тяжелой соматической патологией и развившимися акушерскими осложнениями. Почти у всех женщин смерть была предотвратима.

Таким образом, основными факторами, определяющими смертельный исход, при АК являются, неполное обследование, недооценка состояния больной и неполноценная интенсивная терапия. Учитывая сложный процесс борьбы с АК, который связан с большим различием патогенетических механизмов их развития, следует серьезно относиться к мерам профилактики.

Проведен ретроспективный анализ течения беременности, родов и послеродового периода у 150 первородящих женщин перенесших массивные акушерские кровотечения.

Возраст обследованных женщин находился в пределах от 18 до 36 года. Средний возраст первородящих женщин группы ретроспективного анализа составил $25,14 \pm 0,83$ лет.

Детские инфекции и острые респираторные вирусные инфекции имели место в 40,0% и 44,5% соответственно. Заболевания эндокринной системы были у каждой третьей женщины. В основном это происходило из-за эутиреоидного увеличения щитовидной железы. Заболевания сердечно-сосудистой системы встречаются в - 24,6%, в основном за счет варикозной болезни. Ревматизм встречается в - 23,3%, ревматоидный полиартрит в - 2,6% случаях.

Заболевания пищеварительной системы имели место 49,3%, на втором месте заболевания мочевой системы – 74 (49,3%). Заболевания мочевой системы встречаются чаще за счет хронического пиелонефрита. Меньшую группу составили заболевания органов дыхания – 15 (10,0%).

При изучении гинекологического анамнеза установлено, что у 27,6% обследованных женщин менархе наступило после 15 лет. Нарушения менструальной функции имело место у 9 (6,0%) женщин. Обращает на себя внимание высокий процент хронических воспалительных заболеваний гениталий у первобеременных женщин группы ретроспективного анализа. Эрозии шейки матки у них встречаются в 18 (12,0%). Бесплодием страдали 14 (9,3%) женщин, киста яичника в 22 (14,6%) случаев, миома матки в 12 (8,0%) случаев.

У первобеременных женщин чаще выявляются цитомегаловирус – 117 (78,0%), вирус простого герпеса – 57 (38,0%) и хламидии – 43 (28,7%). Реже уреоплазмоз, токсоплазмоз и микоплазмоз. Сочетание ЦМВ и ВПГ встречается у 46,0%.

Токсикоз I половины беременности отмечен у каждой второй женщины данной группы, отслойка ветвистого хориона по данным УЗИ имело место у 14,3%.

Обращает на себя внимание то, что беременность у женщин данной группы протекала несколько чаще с угрозой прерывания беременности в первой половине – 61 (40,7%), чем во второй половине беременности – 52 (34,7%). Угроза прерывания беременности в более поздние сроки (III триместр) наблюдалась почти у каждой третьей женщины.

У обследованных нами женщин анемия диагностирована в 100,0% случаев. Внутриутробная задержка развития плода имела место в 17 (11,3%) случаях.

Проведенный ретроспективный анализ течения родов показал, что срочные роды произошли у 66,1% первородящих женщин. Преждевременные роды произошли в 35 (23,3%) случаях, запоздалые роды в 16 (10,6%).

Течение родов осложнилось несвоевременным излитием околоплодных вод у 59 (39,3%) женщин, аномалии родовой деятельности имели место у 70 (46,7%) женщин, в т.ч. слабость родовой деятельности у 48 (32,0%), бурная родовая деятельность у 22 (14,7%) первородящих. Роды осложнились ПОНРП в 18 (12,0%) случаях. Слабость родовой деятельности и дородовое излитие околоплодных вод явилось показанием к родостимуляции у 26,0% первородящих.

Кесарево сечение произведено 28 (18,7%) первородящим женщинам, в 18 случаях по поводу ПОНРП, в 4 случаях по поводу несоответствия между тазом и головкой, и в 6 случаях по поводу острой асфиксии плода. Акушерские щипцы наложены 11 (7,3%) первородящим по поводу начавшейся внутриутробной гипоксии плода. Операция ручное обследование полости матки произведено в – 105 (70,0%) случаях, по поводу задержки частей последа в полости матки и гипотонического кровотечения. В 10 (6,7%) случаях произведена ампутация матки, в 18 (12,0%) случаях экстирпация матки по поводу матки Кювелера, истинное приращение плаценты (placentae acetae), атонии матки.

Кровопотеря в послеродовом периоде варьировала в широких пределах от 1500,0 до 2800,0 мл и в среднем составила $1700,0 \pm 154,5$ мл.

Анализ ретроспективного материала свидетельствует о возникновении серьезных осложнений в течение беременности, родов и послеродового периода у первородящих женщин с экстрагенитальными заболеваниями. Среди многих других на первый план по частоте возникновения выходят такие осложнения как ВЗРП, преэклампсии 61 (40,6%), преждевременные роды 35 (23,3%), ПОНРП 18 (12,0%), а во время родов гипотоническое кровотечение 101 (67,3%). В связи с этим, изучение адаптационных возможностей системы гемостаза и нарушений адаптации, т.е. дизадаптацию системы гемостаза во время беременности, а также профилактика и лечение возникающих нарушений в ней, является важным звеном в снижении акушерских осложнений во время гестации, в родах и послеродовом периоде.

Нами было изучено состояние системы гемостаза у относительно здоровых небеременных женщин и у первобеременных женщин проживающих в Кашкадарьинской области.

Основная группа - 440 первобеременных женщин постоянно проживающих в Кашкадарьинской области: в I-триместре - 130, во II-триместре - 140 и, в III-триместре - 170 женщин. Контрольная группа - 30 здоровых небеременных женщин.

Исследование сосудисто-тромбоцитарного и коагуляционного звеньев системы гемостаза вне беременности и статистическая обработка полученных данных позволяют сделать вывод о том, что у женщин проживающих в Кашкадарьинской области уже вне беременности отмечается гиперкоагуляция в коагуляционном звене гемостаза и гиперактивность функции тромбоцитов. Установлено значимое снижение среднего значения

количества тромбоцитов по сравнению с контролем ($282,3 \pm 7,1$ и $212,9 \pm 6,5 \cdot 10^9/\text{л}$ соответственно) ($P < 0,001$). Агрегационная активность тромбоцитов у небеременных женщин выше на $104,7\%$, по сравнению с контролем $88,1\%$ ($P < 0,01$). Активированное парциальное тромбопластиновое время (АПТВ) было укорочено - $35,4 \pm 2,3$ сек по сравнению с контролем - $38,1 \pm 1,1$ сек. Показатель протромбинового времени (ПТВ) у небеременных женщин основной группы не отличался от таковых в контрольной группе и составил - $14,7 \pm 0,4$ сек. Концентрация фибриногена было несколько выше у небеременных женщин основной группы - $2,8 \pm 0,1$ г/л по сравнению с контролем - $2,5 \pm 0,2$ г/л. Активированное время рекальцификации (АВР) в этой группе было несколько укорочено - $52,3 \pm 0,2$ сек по сравнению с контролем группой - $55,2 \pm 0,1$ сек $P < 0,001$.

Таким образом, у женщин основной группы вне беременности установлены тенденции к снижению активированного парциального тромбопластинового времени на 11% , снижению активированного времени рекальцификации на $10,5\%$ и увеличению концентрации фибриногена на $11,2\%$ относительно аналогичных контрольной группы.

Показатели системы гемостаза у беременных основной группы в I триместре существенно отличаются от показателей относительно здоровых женщин. С момента наступления беременности у женщин основной группы отмечены изменения сосудисто-тромбоцитарного звена гемостаза. Так в группе относительно здоровых беременных, отмечается незначимое снижение количества тромбоцитов в крови ($195,2 \pm 9,1$ против $212,9 \pm 9,1 \cdot 10^9/\text{л}$). Агрегационная активность тромбоцитов было значимо выше у беременных основной группы в I триместре, по сравнению с небеременными женщинами ($118,6 \pm 3,2\%$ и $104,7 \pm 4,6\%$) ($P < 0,05$).

Показатели коагуляционного звена гемостаза у женщин основной группы в I триместре беременности также изменены по сравнению с контролем. При изучении АПТВ мы обнаружили незначительное его укорочение в основной группе - до $33,4 \pm 1,4$ сек, по сравнению с небеременными - $35,4 \pm 2,3$ сек. Показатели протромбинового времени в исследуемых группах существенно не отличались. Отмечено повышение концентрации фибриногена у женщин основной группы в I триместре беременности по сравнению с аналогичным показателем контрольной группы ($3,2 \pm 0,1$ и $2,8 \pm 0,1$ г/л, соответственно $P < 0,01$). Показатель АВР было укорочено в основной группе - $49,8 \pm 0,4$ сек, чем в контрольной группе - $52,3 \pm 0,2$ сек ($P < 0,01$). При изучении маркеров активации крови отмечено увеличение РФМК - $3,9 \pm 0,2$ мг/100 мл в основной группе, по сравнению с контрольной группой.

Таким образом, полученные в ходе нашего исследования данные показывают, что у женщин основной группы уже с I триместра беременности наблюдается умеренная гиперкоагуляция, не характерная для данного срока беременности, активация функции тромбоцитов, укорочение АПТВ, АВР и

увеличение концентрации фибриногена, которые сохраняются на протяжении всей беременности.

Проведенное исследование исходного состояния гемостаза у беременных основной группы во II триместре по сравнению с группой относительно здоровых небеременных женщин показало, что наряду с увеличением агрегационной активности тромбоцитов ($117,8 \pm 3,3 \cdot 10^9/\text{л}$) ($P < 0,05$), имела место более выраженная гиперкоагуляция в коагуляционном звене гемостаза, которая выражалась укорочением АПТВ до $32,5 \pm 0,9$ сек, укорочением АВР до $46,2 \pm 1,4$ сек ($P < 0,001$), гиперфибриногемии и повышение содержания РФМК до $5,02 \pm 0,36$ мг/100 мл.

Такое состояние показателей гемостаза расценивается как гиперкоагуляция, характеризующаяся гиперактивностью тромбоцитарного и коагуляционного звеньев гемостаза, являющиеся благоприятным фоном для развития ДВС. Прямыми диагностическими критериями внутрисосудистого свертывания крови у обследованных беременных основной группы во II триместре явились тесты обнаружения РФМК.

Важнейшие показатели плазменного и тромбоцитарного звеньев системы гемостаза у беременных основной группы в III триместре (34-36 недель) беременности показывают, что агрегационная активность тромбоцитов незначимо выше в основной группе – $112,7 \pm 3,5$ по сравнению с контрольной группой ($P < 0,05$). Количество тромбоцитов в основной группе значимо ниже, чем в контрольной – $180,2 \pm 9,6 \cdot 10^9/\text{л}$ ($P < 0,01$).

АПТВ укорочено до $30,3 \pm 1,3$ сек по сравнению с контрольной группой – $35,4 \pm 2,3$ сек. Показатель ПТВ в основной группе составил $14,9 \pm 0,2$ сек, не отличался от такового в контрольной группе – $14,7 \pm 0,4$ сек. Концентрация фибриногена, основного субстрата свертывания крови, оказался, несколько выше, у беременных основной группы – $4,0 \pm 0,2$ г/л ($P < 0,001$). У беременных основной группы в III триместре установлено статистически значимое укорочение АВР – $45,9 \pm 0,9$ сек по сравнению с контрольной – $52,3 \pm 0,2$ сек ($P < 0,001$).

РМФК в основной группе – $6,6 \pm 0,4$ мг/100 мл. Наличие маркеров внутрисосудистого свертывания крови (РМФК) у беременных основной группы указывают на активацию внутрисосудистого тромбообразования по типу хронической формы ДВС-синдрома.

У первобеременных женщин основной группы в III триместре беременности в 92 (65,7%) случаях обнаружена гиперкоагуляция, в 26 (18,6%) гипокоагуляция и в 22 (15,7%) случаях изокоагуляция. Состояние гиперкоагуляции нами было оценено, как адаптация системы гемостаза к беременности. В то время как гипокоагуляция и изокоагуляция, т.е. параметры гемостаза не отличались от таковых у небеременных женщин нами были оценены как состояния дизадаптации системы гемостаза.

Обнаруженная нами разнонаправленность изменений в системе гемостаза у первобеременных женщин свидетельствует о необходимости выявления

доклинических признаков дизадаптации системы гемостаза и дифференцированного подхода к профилактике и лечению возможных тромбогеморрагических осложнений.

Различная степень нарушений гемостаза в конце III триместра беременности у обследованных первобеременных женщин позволило нам разделить женщин на 3 подгруппы.

1 подгруппа – реальная гиперкоагуляция и гиперагрегация тромбоцитов выявлена у 92 первобеременных, что составило 65,7%; 2 подгруппа реальная гипокоагуляция и гиподисфункция тромбоцитов у 26 первобеременных женщин - 18,6% и 3 подгруппа изокоагуляция у 22 первобеременных, что составило 15,7%.

Гемостазиологическими признаками были: увеличение концентрации фибриногена, высокая суммарная активность плазматических факторов свертывания крови укорочение показателей АВР и АПТВ соответственно на 20,1% ($P<0,05$) и 32,8% ($P<0,05$) по сравнению с показателями системы гемостаза в 34-36 недель беременности. Количество тромбоцитов при данном варианте было несколько ниже по сравнению с данными в 34-36 недель беременности.

У 88 роженицы (из 92) 1 подгруппы сохранялись признаки выраженной гиперкоагуляции и гиперагрегации тромбоцитов в конце I периода родов. Однако несколько уменьшалась суммарная активность плазматических факторов свертывания - удлинения АВР на 20,8%, АПТВ на 4,06%. Существенных различий перечисленных показателей от аналогичных в конце беременности не обнаружено ($P>0,05$), что подтверждает факт пролонгирования выраженной гиперкоагуляции у данных больных. Не выявлено достоверного различия и других показателей.

При дальнейшем наблюдении (через 5 минут после выделения последа) только у 56 родильниц из 88 сохранились признаки гиперкоагуляции и гиперагрегации тромбоцитов. При этом показатели плазматических факторов (АВР, АПТВ) и структурной (фибриноген) коагуляции существенно не отличались от предыдущего исследования, но значимо отличались от аналогичных показателей конца III триместра беременности ($P<0,05$), что указывает на явное снижение коагуляционного потенциала по мере прогрессирования родов у данных больных, несмотря на достаточно высокие их величины. Уровень РФМК на всем протяжении родового акта оставался на одинаковом уровне и изменения его были не существенными. Количество тромбоцитов после выделения последа снизилось на 5,41% ($P<0,05$) по сравнению с концом I периода родов и также было значимо сниженным по сравнению с концом III триместра беременности ($P<0,05$). Гиперагрегация тромбоцитов у данных первобеременных сохранялась и не отличалась от конца III триместра беременности и конца I периода родов ($P>0,05$).

У 32 (36,4%) родильниц из 88 1 подгруппы, через 5 минут после выделения последа на фоне сохраненной гиперкоагуляции выявлено умеренное

снижение агрегационной функции тромбоцитов на 31,3% ($P < 0,05$), по сравнению с агрегацией в конце I периода родов. Причем количество тромбоцитов снизилось на 11,3%, существенно не отличаясь от предыдущего исследования ($P > 0,05$). Гипофункция тромбоцитов сопровождалась дальнейшим повышением содержания РФМК на 6,9% и 8,3% соответственно без достоверного различия с аналогичными показателями в конце I периода родов ($P > 0,05$).

В 2 (1,7%) случаях из 92 1 подгруппы, у первобеременных во время родов при раскрытии шейки матки 7-8 см было диагностировано ПОНРП и роды у них были завершены путём операции кесарево сечения. При анализе, у них уже в I периоде родов имело место существенное снижение коагуляционного потенциала и функциональных свойств тромбоцитов, что в целом характеризовалось: удлинением показателей АВР и АПТВ соответственно на 53,1% и 42,4%, что указывало на снижение суммарной активности плазматических факторов свертывания крови. Количество тромбоцитов у данных больных снизилось на 26,3%, а их агрегационная способность на 31,4% по сравнению с исходными показателями этих больных. Перечисленные изменения сопровождались повышением РФМК.

Перечисленные изменения системы гемостаза в динамике родового акта у первобеременных 1 подгруппы (реальная гиперкоагуляция и гиперагрегация тромбоцитов) характеризовали переход хронического (компенсированного) ДВС-синдрома в подострую и острую его форму и отражали срыв компенсации системы гемостаза уже в конце I периода родов. У этих женщин в одном случае имела место кровопотеря 900мл и в другом случае кровопотеря более 1,0 л.

Реальная гипокоагуляция и гипофункция тромбоцитов отмечена у 26 первобеременных женщин (18,6%). Характерным для этого варианта нарушений системы гемостаза было: снижение агрегационной функции тромбоцитов. Уровень поздних РФМК превышал такового при I варианте на 29,8% ($p < 0,05$). Количество тромбоцитов было на 7,68% ниже, чем в I подгруппе, однако достоверных различий между ними также не обнаружено ($P > 0,05$).

В конце I периода родов в 16 из 26 случаев II варианта признаки структурной (фибриноген) и хронометрической (АВР, АПТВ) гипокоагуляция сохранялись. Эти показатели достоверно не отличались от предыдущего этапа исследования ($P > 0,05$). Однако, агрегационная способность тромбоцитов у этих женщин была ниже на 29,3% ($P < 0,05$). Количество тромбоцитов, концентрация РФМК существенно не отличались от аналогичных показателей в конце III триместра беременности у этих же больных.

Агрегационная функция тромбоцитов у этих больных оставалась сниженной ($< 25\%$) и достоверно не отличалась от предыдущего этапа исследования ($P > 0,05$). Кровопотеря в последовом и раннем послеродовом периоде у них составила в среднем $290 \pm 27,7$ мл. В двух случаях имело место, умеренное кровотечение, обусловленное частичным плотным прикреплением пла-

центы, которое было купировано после ручного отделения и выделения последа. Общая кровопотеря у данных больных составила 400 мл и не сопровождалось существенными изменениями системы гемостаза.

Во всех случаях срыва компенсации гемостаза, обусловленного прогрессированием II варианта, в родах или в раннем последовом периодах возникали кровотечения, которые сопровождались дальнейшим прогрессированием коагуляционных расстройств. Причинами кровотечений были: ПОНРП – 4, гипотония матки – 2, частичное интимное прикрепление – 2, которое сопровождалось кровотечением.

Изокоагуляция, обусловленная коагулопатией потребления отмечен у 22 первобеременных, что составило 16,7%. Гемостазиологические признаки этого варианта нарушения системы гемостаза характеризовались: умеренно выраженной гипофибриногемией - количество фибриногена $2,91 \pm 0,34$ г/л; сниженной суммарной активностью плазматических факторов свертывания - удлинение АВР и АПТВ, соответственно до $58,66 \pm 1,9$ сек и $36,4 \pm 1,6$ сек по сравнению с аналогичным показателем в 34-36 недель беременности. Содержание РФМК при этом варианте было высоким, однако абсолютные величины этих продуктов существенно не отличались ($p > 0,05$). При III варианте выявлялась тромбоцитопения (количество тромбоцитов $160,75 \pm 17,31 \cdot 10^9$ /л), которая сопровождалась сниженной агрегационной активностью тромбоцитов ($< 30\%$), хотя средние величины и этих показателей существенно не отличались от показателей этих параметров у женщин с гипокоагуляцией.

Таким образом, для III варианта, наряду со сниженной функциональной активностью тромбоцитов, было характерно снижение коагуляционного потенциала свертывания крови, связанного с прогрессированием ДВС-синдрома. На это указывало высокое содержание продуктов деградации фибрина и фибриногена.

Шесть случаев из 22 закончились кесаревым сечением по поводу преждевременной отслойки плаценты. Общая кровопотеря составила 800-1000 мл. В 6 случаях кровотечение обусловлено дефектом последа, кровотечение было остановлено после ручного обследования матки и удаления остатков плаценты, наружного массажа матки, своевременного внутривенного введения утеротоников. Общая кровопотеря составила 350 мл, возмещена физиологическими растворами. В трех случаях кровотечение было обусловлено гипотонией матки, общая кровопотеря составила 500 мл. Кровотечение было остановлено наружным массажем матки, своевременным внутривенным введением утеротоников (катетеризация вен, физ. раствор 0,9% - 1000 мл + окситоцин 10 Ед.), возмещение ОЦК производилось физиологическим раствором и кристаллоидными растворами, в редких случаях были применены свежемороженая плазма и эритроцитарная масса.

Таким образом, анализ клинико-гемостазиологических особенностей в динамике родового акта у первобеременных женщин показал взаимосвязь между снижением коагуляционных свойств крови и возникновением акушер-

ских кровотечений. При этом наибольшая частота акушерских кровотечений была отмечена у рожениц и родильниц, которые вступали в роды с различными формами ДВС-синдрома. Важно отметить, что чем выраженные были нарушения в системе гемостаза, тем выше была вероятность развития акушерского кровотечения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Выводы:

1. У 88% первородящих Кашкадарьинской области умерших в родах причиной смерти были массивные акушерские кровотечения, развившиеся на фоне сопутствующих ЭГЗ, вызывающих нарушения в системе гемостаза.

2. По данным ретроспективного материала серьезные осложнения в течение беременности, родов и послеродового периода развиваются у первородящих женщин с экстрагенитальными заболеваниями. Среди многих других на первый план по частоте возникновения выходят такие осложнения как ВЗРП в 11,3% случаев, преэклампсия - 61 (40,6%), преждевременные роды - 35 (23,3%), ПОНРП - 18 (12,0%), а во время родов гипотоническое кровотечение - 101 (67,3%).

3. У первобеременных Кашкадарьинской области состояние гемостаза характеризуется умеренно выраженной гиперкоагуляцией и гиперагрегацией тромбоцитов. К концу беременности отмечается достоверное повышение содержания маркеров внутрисосудистого свертывания крови (РМФК), что характерно для хронического ДВС-синдрома, гемостазиологически выражающийся гиперкоагуляцией у 65,7%, гипокоагуляцией у 18,7% и изокоагуляцией у 16,4% обследованных женщин.

4. У женщин, проживающих в Кашкадарьинской области, вне беременности имеет место дизадаптация системы гемостаза выражающаяся, в понижении количества тромбоцитов на 17,2%, повышении агрегационной активности тромбоцитов на 15%, в укорочении АПТВ на 7% и АВР на 5% концентрация фибриногена повышалась на 10,8%.

Практические рекомендации:

1. Всем первобеременным женщинам во время беременности и в родах необходимо проводить скрининг свертывающей системы крови. Наиболее информативными являются следующие параметры:

- количество тромбоцитов в норме у здоровых колеблется в пределах $180-320 \cdot 10^9/\text{л}$. Снижение количества тромбоцитов ниже $180 \cdot 10^9/\text{л}$ является фактором риска развития патологической кровопотери в родах;

- количество фибриногена у здоровых беременных к концу беременности достигает 3,0-4,5 г/л, уменьшение содержания фибриногена до 2,5 г/л и ниже является фактором риска акушерского кровотечения;

- активированное парциальное тромбиновое время в норме 35-45 с, при беременности отмечается физиологическая гиперкоагуляция которая выражается укорочением активированного парциального тромбинового времени

до 28-38 с, при гипокоагуляции несколько удлинен по сравнению с нормальными величинами;

- растворимые фибрин-мономерные комплексы у здоровых женщин не определяются, к концу беременности при физиологическом его течении они отсутствуют или могут определяться в количестве до V-VI факторов активации свертывающей системы крови, т.е. у такой больной имеет место ДВС-синдром.

2. Всем женщинам с целью снижения частоты и объема патологической кровопотери рекомендуется активное ведение третьего периода родов.

СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ

1. Турсункулова М.Э., Султанов С.Н. Взаимосвязь анемии, функциональной активности тромбоцитов и эндотелиоцитов в развитии акушерских осложнений // Доктор Ахборотномаси. – Самарканд, 2009. - №3 С. 38-40.

2. Турсункулова М.Э., Султанов С.Н. Функциональная активность тромбоцитов беременных женщин с анемией // Доктор Ахборотномаси. - Самарканд, 2009. - №3. – С. 40-42.

3. Турсункулова М.Э., Султанов С.Н. Анемия тяжелой степени, как фактор развития акушерских осложнений // Новости дерматовенерология и репродуктивного здоровья. – Ташкент, 2009. - №1. - С. 15-18.

4. Турсункулова М.Э. Представления об адаптационной коагуляции // Доктор ахборотномаси. – Самарканд, 2010. - №1. - С. 108-109.

5. Турсункулова М.Э., Султанов С.Н., Нишанова Ф.П. Определм течении беременности. Врач-Аспирант. – Воронеж, 2011.- №3.3(46).– С.494-498.

7. Султанов С.Н., Мухамедова Ш.С., Нишанова Ф.П., Хайрутдинова Н. Х., Турсункулова Н.Э. Лабораторная диагностика синдрома гестационной дизадаптации системы гемостаза: Методические рекомендации. – Ташкент, 2011. – 20 с.

Тиббиёт фанлари номзоди илмий даражасига талабгор М.Э. Турсункулованинг 14.00.01 - Акушерлик ва гинекология ихтиссослиги бўйича «Ҳомиладорликда аёлларда гемостаз системасининг мослашиш хусусиятлари» мавзусида диссертациясининг

РЕЗЮМЕСИ

Таянч сўзлар: гемостаз тизимининг мослашиши, мослашиш реакциялари, ретроспектив таҳлил, биринчи туғувчи аёллар.

Тадқиқот объекти: 440 та биринчи ҳомиладорлар ва 30 та ҳомиладор бўлмаган, доимий Қашқадарьё вилоятида яшовчилар яъни РИАГИАТМҚФ га 2005-2007 йиллар давомида мурожаат этганлар.

Тадқиқот мақсади: Қашқадарьё вилоятида яшовчи аёлларда ҳомиладорликда гемостаз системасини мослашишини ўрганиш.

Тадқиқот усуллари: Умумий клиник текширувлар, гемостаз тизими текшируви, материалнинг статистик текширув усуллари.

Олинган натижалар ва уларнинг янгилиги.

Акушерлик қон кетиш хавфи юқори ҳомиладорларга диагностик критерийлар ишлаб чиқилди.

Ҳомиладорлик физиологик кечаётган аёлларда гемостаз системасининг адаптив реакциялар ҳолати ўрганилди ва Қашқадарьё вилоятида яшовчи ҳомиладор аёллар популяциясига гемостаз системаси параметрларида нормал ўлчов миқдори аниқланди. Ҳомиладорликда геморрагик синдромнинг ноаниқ генези билан бирламчи ташхис қўйилганда коагулогик тестларнинг скрининг набори ишлаб чиқилди.

Амалий аҳамияти:

Ҳомиладорликда ҳар хил патологик ҳолатларда гемостаз тизимини ўрганиш, гемостаз тизимининг дезадаптацион синдромининг илк клиник белгиларини аниқлаш учун лаборатор критерийлар ишлаб чиқаришга асосланди.

Тадбиқ этиш даражаси ва иқтисодий самарадорлиги: текширув материалларига асосланиб, «Лабораторная диагностика синдрома гестационной дезадаптации системы гемостаза» мавзусида методик қўлланма ишлаб чиқилди. (Тошкент, 2011), РИАГИАТМ ва унинг филиалларига амалиётда қўллаш тавсия этилди.

Қулланиш соҳаси: акушерлик ва гинекология

РЕЗЮМЕ

диссертации М. Э. Турсункуловой на тему: «Адаптационные особенности системы гемостаза у женщин к беременности», представленной на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.00.01 – Акушерство и гинекология

Ключевые слова: адаптация системы гемостаза, адаптационные реакции, ретроспективный анализ, первобеременные женщины.

Объекты исследования: 440 первобеременных и 30 небеременных женщин, постоянно проживающих в Кашкадарьинской области, обратившихся в клинику филиала РСНПМЦ Акушерства и гинекологии МЗ РУз г. Карши за 2005-2007 гг.

Цель работы: изучение адаптации системы гемостаза к беременности у женщин Кашкадарьинской области.

Методы исследования: общеклинические методы, исследование системы гемостаза, методы статистической обработки материала.

Полученные результаты и их новизна: Разработаны диагностические критерии выделения беременных в группу высокого риска акушерских кровотечений. Изучено состояние адаптационных реакций системы гемостаза у женщин с физиологическим течением беременности и определены пределы диапазона нормальных величин параметров гемостаза в популяции беременных женщин Кашкадарьинской области. Определен набор скрининговых коагулологических тестов при первичной постановке диагноза у беременных с геморрагическим синдромом неясного генеза.

Практическая значимость: изучение особенностей функционирования системы гемостаза у беременных при различных патологических состояниях позволит разработать лабораторный критерий ранней диагностики синдрома гестационной дизадаптации системы гемостаза.

Степень внедрения и экономическая эффективность: По материалам исследования опубликованы методические рекомендации: «Лабораторная диагностика синдрома гестационной дизадаптации системы гемостаза» (Ташкент, 2011), которые внедрены в практику клиники РСНПМЦ Акушерства и гинекологии МЗ РУз и его филиалов.

Область применения: акушерство и гинекология

RESUME

Thesis of M. E. Tursunqulova on the scientific degree competition of the doctor of philosophy in medicine on specialty 14.00.14 – the obstetrics and gynecology, subject: «Adaptable features of system of a hemostasis at women to pregnancy»

Key words: adaptation of system of a hemostasis, adaptable reactions, the retrospective analysis, primigravida women.

Subjects of research: 440 primigravida and 30 not pregnant women constantly living in the Kashkadarya area, addressed in clinic of branch RSNPMTS of Obstetrics and gynecology of MZ PY₃ of Karshi for 2005-2007

Purpose of work: studying of adaptation of system of a hemostasis to pregnancy at women of the Kashkadarya area.

Methods of research: Complete clinical methods, research of system of a hemostasis, methods of statistical processing of a material.

The results obtained and their novelty: diagnostic criteria of allocation of pregnant women in group of high risk of obstetric bleedings are developed. The condition of adaptable reactions of system of a hemostasis at women with a physiological current of pregnancy is studied and limits of a range of normal amounts of parameters of a hemostasis in population of pregnant women of the Kashkadarya area are defined. The set screening coagulologic tests is defined at primary statement of the diagnosis at pregnant women with hemorrhagic a syndrome not clear genesis.

Practical value: studying of features of functioning of system of a hemostasis at pregnant women at various pathological conditions will allow to develop laboratory criterion of early diagnostics of a syndrome gestational dysadaptation of hemostasis systems.

Degree of embed and economic affectivity: On research materials methodical recommendations are published: «Laboratory diagnostics of a syndrome gestational dysadaptation of hemostasis systems» which are introduced in practice of clinic Republican specialized scientific and practical centre of Obstetrics and gynecology of Ministry of Public Health of Republic Uzbekistan and its branches.

Field of application: obstetricus and gynecology