618.3-06:616.151.5-085+618.396-02

Лікування вагітних із загрозою передчасних пологів на фоні тромбофілічних розладів

С.І. Жук, І.В. Ус
Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ
Перинатальний центр м. Києва

Мета дослідження: **вивчення ефективності корекції порушень гемостазу при загрозі передчасних пологів тромбофілічного ґенезу.**
***Матеріали та методи*. Проведено лікування 66 жінок із загрозою передчасних пологів на фоні тромбофілічних розладів. Розроблена схема корекції порушень гемостазу із використанням гепариноїду сулодексиду, низькомолекулярного гепарину беміпарину натрію, антиагреганта аспірину, фолієвої кислоти, вітамінів групи В та омега-3-поліненасичених жирних кислот залежно від причини та характеру вираженості тромбофілічних розладів. У всіх вагітних вивчали стан системи гемостазу та стан плода до та після лікування.**
***Результати*. Використання протитромботичної корекції у 36 вагітних одночасно зі стандартною схемою лікування загрози передчасних пологів привело до нормалізації показників системи гемостазу та покращання стану плода: зменшилась кількість патологічних кардіотокографічних змін, збільшився загальний бал оцінювання біофізичного профілю плода, допплєрометричне дослідження кровотоку в пупковому канатику свідчить про зниження індексів судинного опору та загалом про компенсацію кровообігу.**
***Заключення*. Розроблена протитромботична корекція дозволила досягнути більш високої частоти своєчасних пологів, знизити частоту ускладнень у новонароджених та покращити перинатальні наслідки.**
Ключові слова: *тромбофілічні розлади, загроза передчасних пологів, система гемостазу, протитромботична корекція, D-димер.*

Тромбофілічні розлади в сучасній акушерській науці спричиняють велику зацікавленість не лише у дослідників, але і у практикуючих лікарів. Багато попередніх досліджень продемонстрували зв'язок тромбофілічних розладів із розвитком гестозу, плацентарної дисфункції, передчасного відшарування плаценти, недоношуванням вагітності.

Щороку близько 13 млн дітей у всьому світі народжуються передчасно [1, 6, 7]. На частку недоношених дітей припадає 60–70% ранньої неонатальної та 65–75% дитячої смертності [3]. Мертвонароджуваність при передчасних пологах у 8–13 разів вища, ніж при своєчасних пологах.

Останнім часом ідіопатичне недоношування низка вітчизняних та зарубіжних авторів пов'язують із наявністю у жінок порушень в системі гемостазу [1, 2, 4]. Такі порушення можуть бути як генетично зумовлені (мутації факторів згортання, патологія протизгортальної системи та порушення фібринолізу) набуті, так і часто маніфестують вперше під час гестаційного процесу.

Вагітність – стан, який є своєрідним «екзаменом» на наявність прихованої тромбофілії, оскільки сама вагітність супроводжується фізіологічною гіперкоагуляцією і в 5–6 разів підвищує ризик тромбозів, що сприяє реалізації раніше безсимптомної тромбофілії [5, 6]. До основних змін гемостазу під час вагітності відносять: збільшення тромбоцитарної активності, посилення прокоагулянтних властивостей ендотелію, збільшення вмісту факторів згортання крові, зниження антикоагулянтної активності. Зазначені особливості системи гемостазу носять компенсаторно-пристосувальний характер і є необхідними як для нормального формування фетоплацентарного комплексу, так і обмеження крововтрати під час пологів.

За наявності тромбофілії в ділянці матково-плацентарного кровообігу має місце ендотеліальна дисфункція, вазоспазм, мікротромбоз, що призводить до місцевої ішемії і як результат – до активації передчасної активності міометрія. Крім цього, під дією маркерів тромбофілії–антифосфоліпідних антитіл (АФА) та гомоцистеїну відбувається дисбаланс прозапальних і протизапальних цитокінів, які активують колагенази у процесі ремоделювання екстрацелюлярного матриксу шийки матки, що призводить до структурних змін шийки матки.

Якщо раніше тромбофілії в патогенезі ускладнень вагітності розглядались лише з точки зору мікротромбозів судин плаценти, то на теперішній час погляди на патогенетичний вплив тромбофілії значно розширились. Це пов'язано з вивченням ролі системи гемостазу та нетромботичних ефектів тромбофілії під час гестаційного процесу [1, 2]. Тож, важливим є розроблення схем корекції порушень в системі гемостазу у вагітних із загрозою передчасних пологів на фоні тромбофілічних розладів, що необхідно не лише для пролонгування вагітності, а й для профілактики плацентарної дисфункції.

Мета дослідження: вивчення ефективності корекції порушень гемостазу при загрозі передчасних пологів тромбофілічного ґенезу.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для визначення ефективності запропонованої комплексної терапії загрози недоношування на фоні тромбофілії нами обстежено вагітних з урахуванням впливу загальноприйнятого і рекомендованого методів лікування на стан плода, перебіг вагітності, пологів та стан новонародженого. У дослідження ввійшли жінки із загрозою передчасних пологів в терміні 22–36 тиж, у яких за даними анамнезу та особливостями перебігу даної вагітності можна було передбачити наявність тромбофілічних станів, що і було підтверджено клініко-лабораторно. Розподіляючи вагітних по підгрупах, дотримувались принципу рандомізації. За віковим складом, соціальним становищем, клінічним станом, паритетом та терміном гестації групи між собою статистично не відрізнялись.

У підгрупу А увійшли 36 вагітних, які одночасно із традиційним лікуванням загрози передчасних пологів одержували рекомендовану комплексну протитромботичну терапію, підгрупу Б склали 30 вагітних з загальноприйнятою терапією.

Запропонований лікувальний комплекс призначали всім пацієнткам підгрупи А залежно від виявленого дефекту гемостазу та виду тромбофілії. Лікування, що призначалось, було комплексним, однак носило виключно індивідуальний характер. Залежно від потреб пацієнтки призначали гепариноїди (сулодексид), низькомолекулярні гепарини (беміпарин натрію), антиагреганти (аспірин), фолієва кислота, вітаміни групи В, омега-3-поліненасичені жирні кислоти.

Таблиця 1

Показники гемостазу у вагітних досліджуваних груп

Групи	Підгрупа А (n=36)		Підгрупа Б (n=30)	
Показник	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування
Тромбоцити, 10×9/л	184±16,4	205±11,4	190±14,3	187±12,3
Агрегація тромбоцитів з АДФ, %	125,3±3,3	115,1±3,1	121,3±3,4	138±2,4
Агрегація тромбоцитів з ристоміцином, %	126,7±3,2	114,2±2,3	131,7±3,2	136,8±2,3
Початок згортання крові, с	114,67±1,17	118,67±1,17	120,67±1,17	113,57±1,17
Кінець згортання крові, с	208,42±2,33	215,42±2,33	219,7±2,33	209,32±2,33
Фібриноген, г/л	6,8±0,7	5,4±0,4	6,9±0,9	7,0±0,4
Д-димер	890,80±42,1	590,80±45,1	920,70± 51,5	1020,70±48,5
МНО	0,91±0,22	0,9±0,01	0,89±0,19	0,89±0,01
ПТІ, %	107,2±5,2	107±2,2	109,0±5,4	114±2,1
АЧР, с	65,7±5,2	66,7±1,2	66,4±5,9	65,5±1,2
АЧТЧ, с	39,6±3,4	44,0±4,1	39,1±3,2	39,2±2,1

Таблиця 2

Аналіз КТГ (частота відхилень від нормативних даних) у досліджуваних жінок

Групи	Підгрупа А (n=30)		Підгрупа Б (n=24)	
Показники	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування
Порушення базального ритму	0	0	0	0
Зниження АМО	19 (63,3%)	9 (30,0%)	13 (54,2%)	12 (50,0%)
Відсутність акцелерацій	4 (13,3)	5 (16,7%)	4 (16,7)	4 (16,7%)
Децелерації	2 (6,7%)	0	1 (4,2%)	2 (8,3%)
Ареактивний НСТ	6 (20,0%)	3 (10,0%)	6 (25,0%)	6 (25,0%)
Сума КТГ (M±m)	7,20 ± 0,1	8,4± 0,2	7,55±0,1	7,1±0,1

Протитромботичну терапію призначали під контролем загального згортального потенціалу крові і стану кровообігу в системі мати–плацента–плід. Доза і комбінація препаратів була підібрана індивідуально залежно від змін в системі гемостазу.

Вживання препарату ВесселДуе Ф відбувався в режимі: 600 ЛО/2 мл внутрішньом'язово 1 раз на добу протягом 10 днів з моменту госпіталізації до стаціонару з подальшим пероральним вживанням по одній капсулі (250 ЛО) 2 рази на добу до моменту розродження.

За наявності циркуляції АФА додатково до препарату призначали аспірин (Кардіомагніл) в дозі 75 мг на добу, який активізує синтез ендотелієм судин простацикліну, який є природним дезагрегантом тромбоцитів.

Слід зазначити, що жінки з повторними епізодами клінічних ознак загрози передчасних пологів і відсутністю очікуваного ефекту за даними коагулограми при монотерапії сулодексидом потребували додаткового призначення беміпарину натрію (Цибор) в дозі 2500 МО (при масі тіла до 70 кг) та 3500 МО (при масі тіла більше 70 кг) підшкірно кожен день протягом 10 днів. Додаткового призначення беміпарину натрію через два тижні після лікування ВесселДуе Ф призначили 6 жінкам підгрупи А.

Призначення фолієвої кислоти та вітамінів групи В є єдиним доведеним методом зниження концентрації гомоцистеїну в якості профілактики акушерських ускладнень. У комплексній патогенетичній схемі корекції тромботичних ускладнень на фоні гіпергомоцистеїнемії ми призначали препарат фолієвої кислоти по 4 мг на добу та збалансований комплекс вітамінів групи В Нейровітан, який містить октотіаміну – 25,0 мг, рибофлавіну – 2,5 мг, піридоксину – 40,0 мг, ціанокоболаміну – 0,25 мг по 1 капсулі два рази на день.

Омега-3-жирні кислоти (Омакор) призначали по 1000 мг (1 капсула) 2 рази на добу. 1 капсула містить 1000 мг 90% етилових ефірів омега-3-ненасичених жирних кислот, до складу яких входять 840 мг етилових ефірів ейкозапентаєнової кислоти (46%) і докозагексаєнової кислоти (38%).Омега-жирні кислоти активно впливають на гемостаз, покращують реологічні властивості крові, сприяють лізису свіжих тромбів.Тромботична дія пов'зана із зміною під впливом омега-жирних кислот складу клітинних мембран, в тому числі мембран тромбоцитів та еритроцитів, що характеризується зменшенням частки арахідонової (АК) і збільшенням рівня ейкозапентаєнової (ЕПК) кислот. Унаслідок цього відбувається зниження синтезу тромбоксану А2 (потужного вазоконстриктора та активатора агрегації тромбоцитів) та ейкозаноїдів (дериватів арахідонової кислоти, що посилюють тромбоутворення), збільшення синтезу тромбоксану А3 (слабкого вазоконстриктора та індуктора агрегації тромбоцитів) та ейкозаноїдів лінії Е3 (попередником яких є ЕПК, що не має коагулювального ефекту).

Базисна терапія лікування вагітних із загрозою передчасних пологів включала стандартні схеми лікування препаратами, передбаченими протоколами надання медичної допомоги МОЗ України та застосовувалась у вагітних підгруп А та Б: профілактика синдрому дихальних розладів плода, токолітична терапія.

Безпечне та ефективне використання антикоагулянтів у вагітних ґрунтується не лише на наявності показань, але і створенні умов для їх використання. Головними умовами для використання антикоагулянтів в акушерстві є відсутність великої ранової поверхні, кровотечі, наявність повноцінного хірургічного гемостазу, а також відсутність ознак відшарування плаценти. Ці умови були дотримані в нашому дослідженні.

Протитромботичну терапію відміняли за добу до розродження з метою усунення геморагічних ускладнень. Через 6 год після пологів або кесарева розтину відновлювалась і продовжувалась протягом 10 діб після пологів. В якості протитромботичного препарату в післяпологовий період використовували беміпарин натрію в дозі 2500 МО (при масі тіла до 70 кг) та 3500 МО (при масі тіла більше 70 кг) підшкірно.

Таблиця 3

Аналіз показників БФПП (частота відхилень від нормативних даних) в підгрупах А та Б на фоні проведеного лікування

Показники БФПП	Підгрупа А (n=30)		Підгрупа Б (n=24)	
	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування
Ареактивний нестресовий тест	6 (20,0%)	3 (10,0%)	6 (25,0%)	6 (25,0%)
Дихальні рухи плода	1 (3,3%)	0	1 (4,2%)	3 (12,5%)
Рухи плода	2 (6,7%)	1 (3,3%)	3 (12,5%)	2 (8,3%)
Тонус плода	2 (6,7%)	0	1 (4,2%)	2 (8,3%)
Маловоддя	10 (33,3%)	8 (26,7%)	7 (29,2%)	6 (25,0%)
Середня оцінка	7,28±0,01	8,6±0,11	7,51± 0,01	7,4±0,01

Таблиця 4

Сумарна оцінка показників БФПП до та після лікування

Показники БФПП	Підгрупа А (n=30)		Підгрупа Б (n=24)	
	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування
7–10 балів	8 (26,7%)	14(46,7%)	5 (20,8%)	7 (29,2%)
5–6 балів	22 (73,3%)	16 (53,3%)	19 (79,2%)	17 (70,8%)

Таблиця 5

Результати допплєрометричних досліджень у жінок досліджуваних груп (частота патологічних допплєрометричних індексів)

Групи	Підгрупа А (n=36)		Підгрупа Б(n=30)	
Допплєрометричні індекси	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування
СДС	11 (30,6%)	7 (20,6%)	9 (30,0%)	11 (36,7%)
IP	10 (27,8%)	7 (20,6%)	10 (33,3%)	12 (40,0%)

Таблиця 6

Середні значення динаміки СДС та IP в артерії пупкового канатика в підгрупі А та Б на фоні лікування

Групи	Підгрупа А (n=36)				Підгрупа Б (n=30)			
	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування
Тижні гестації	СДС		IP		СДС		IP	
22-27	2,97±0,91	2,71±9,05	2,82±0,92	0,70±0,2	0,60±0,3	2,98±0,93	2,97±0,92	0,68±0,2
28-33	3,02±0,95	2,77±0,94	0,69±0,3	0,65±0,3	2,95±0,90	2,98±0,91	0,69±0,1	0,71±0,3
34-36	2,98±0,94	2,51±0,93	0,66±0,2	0,54±0,2	2,83±0,91	2,91±0,93	0,64±0,2	0,66±0,2

Контролем ефективності протитромботичної терапії були клінічні, інструментальні та лабораторні критерії. Контроль ефективності лікування проводили через два тижні після терапії.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати досліджень гемостазу через два тижні після лікування представлені в табл. 1.

При вивченні стану коагуляції в підгрупі А констатовано статистично значуще підвищення рівня тромбоцитів на фоні призначеного комплексу лікування. В підгрупі Б, яка отримувала загальноприйняте лікування, відзначали знижений рівень тромбоцитів у венозній крові протягом усього періоду лікування. При цьому у вагітних, які отримували загальноприйняту терапію, спостерігалось підвищення агрегаційних властивостей тромбоцитів – агрегація з АДФ та ристоміцином в порівнянні з групою вагітних, яка отримувала розроблений нами лікувальний комплекс. У підгрупі А також констатовано незначне збільшення часу згортання крові, початок та кінець часу кровотечі майже не змінювався в підгрупі Б в результаті лікування.

У вагітних, які отримували протитромботичну терапію, зафіксовано нормалізацію рівня фібриногену та молекулярних маркерів тромбофілії – Д-димеру. У вагітних підгрупи Б із прогресуванням вагітності даний показник мав тенденцію до зростання.

Інші показники – МНВ (міжнародне нормалізаційне співвідношення), ПТІ (протромбіновий індекс), АЧР (активований час рекальцифікації) – не мали суттєвої різниці до та після початку лікування.

Оцінюючи дані кардіотокографії (КТГ) після проведеного лікування (після 30 тиж гестації), слід зазначити, що КТГ-картина на початку лікування загрози передчасних пологів була подібною в обох підгрупах (табл. 2). Пацієнтки підгрупи А продемонстрували покращання окремих показників КТГ та загальної оцінки КТГ: вдвічі зменшилась частота ареактивного НСТ: від 20,0% до 10,0%, зниженої амплітуди миттєвих асциляцій (від 63,3% до 30,0%) та були відсутні пізні децелерації, середній бал оцінки КТГ збільшився від 7,20±0,1 до 8,4±0,2. Що стосується підгрупи Б, то покращання окремих показників не спостерігалось, сумарна оцінка КТГ знизилась від 7,55±0,1 до 7,1±0,1.

Аналізуючи результати лікування за біофізичним профілем плода (БФПП) у вагітних в терміні гестації 30 і більше тижнів, слід зазначити, що в результаті терапії відзначено позитивну тенденцію до зростання загальної оцінки БФПП (8,6±0,11) порівнюючи з первинним обстеженням (7,28±0,01 бала) (табл. 3).

Таблиця 7

Стан новонароджених залежно від терміну вагітності

Показники	Підгрупа А (n=36)	Підгрупа Б (n=30)	
Середня оцінка новонародженого за шкалою Апгар на 1-й хвилині, бали	≥37	8,5±0,14*	7,9±0,12
	34-36	6,43±0,14*	6,1±0,2
	28-33	5,71±0,11*	5,1±0,11
	22-27	4,40±0,12*	4,0±0,14
Середня оцінка новонародженого за шкалою Апгар на 5-й хвилині, бали	≥37	8,99±0,11*	8,1±0,11
	34-36	7,46±0,13*	7,16±0,13
	28-33	6,17±0,12	6,0±0,12
	22-27	5,56±0,11*	4,1±0,11
Маса тіла новонародженого, г	≥37	2935±87*	2417±98
	34-36	2499±78*	2300±75
	28-33	1886±98*	1650±74
	22-27	740±38	680±28

Примітка: знаком *позначені достовірні відмінності у порівнянні з підгрупою Б.

Таблиця 8

Показники перинатальних втрат серед жінок досліджуваних груп

Показник	Підгрупа А (n=36)	Підгрупа Б (n=30)
Антенатальна смертність	0	2 (6,6%)
Рання перинатальна смертність	1 (2,8%)	2 (6,6%)
Пізня перинатальна смертність	1 (2,8%)	1 (3,3%)
Перинатальна смертність	2 (5,6%)	5 (16,6%)

При оцінюванні БФПП слід зазначити, що на початку лікування задовільний стан плодів спостерігається у 8 (26,7%) плодів підгрупи А, а після медикаментозної терапії у 14 (46,7%) плодів. На початку лікування сумнівний стан виявили у 22 (73,3%), а в процесі лікування сумнівний стан зазначено у 16 (53,3%) плодів в підгрупі А.

Аналізуючи вплив проведеного загальноприйнятого лікування в підгрупі Б за оцінкою БФПП, даних за покращання стану плодів не відзначено.

Узагальнюючи отримані результати, слід зазначити, що застосування комплексної індивідуальної терапії сприятливо вплинуло на компенсаторні механізми фетоплацентарного комплексу, про що свідчать показники БФПП при первинному обстеженні і показники в процесі рекомендованої терапії (табл. 4). Разом із тим, в обох підгрупах після проведеного курсу лікування продовжували переважати пацієнтки із сумнівним БФПП, що потребував повторного оцінювання в динаміці.

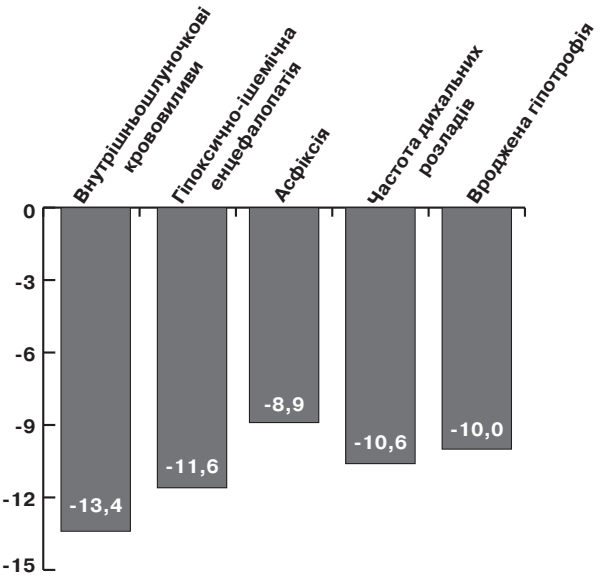
Для комплексного оцінювання стану плода проводили УЗД із допплєрометрією в артерії пупкового канатика і оцінкою допплєрометричних індексів на фоні проведенного лікування (табл. 5). При оцінці допплєрометричної картини в підгрупі А спостерігалась тенденція до зменшення кількості випадків патологічних допплєрометричних індексів: СДС від 30,6% до 20,6%, ІР від 27,8% до 20,6%. В підгрупі Б частота випадків зазначених індексів мала тенденцію до збільшення: СДС від 30,0% до 36,7%, ІР від 33,3% до 40,0%.

Також в підгрупі А спостерігалась позитивна тенденція щодо зменшення середнього значення допплєрометричних індексів в підгрупі А після лікування. В підгрупі Б, навпаки, даний показник мав тенденцію до збільшення (табл. 6).

Тож, на фоні проведеної протитромботичної терапії спостерігалось деяке покращання індексів судинного опору в артеріях пупкового канатика, на відміну від підгрупи Б, де така тенденція не спостерігалась.

Ефективність застосованого лікування оцінювали не лише під час вагітності, а і за кінцевими її результатами, тобто за терміном і перебігом пологів, станом здоров'я новонароджених та показниками перинатальних втрат.

Під час оцінювання ефективності лікування загрози передчасних пологів за терміном пологів встановлено, що запропоноване лікування дозволило пролонгувати вагітність в середньому на 3 тиж і скоротити на 16,7% кількість жінок, що народили передчасно, в порівнянні із підгрупою, в якій проводили традиційне лікування. Кількість передчасних пологів в підгрупі А склала 50,0%, в підгрупі Б – 64,3%. Кількість дуже ранніх передчасних пологів переважала у підгрупі Б майже в два рази в порівнянні з підгрупою А.



Зниження частоти ускладнень у новонароджених підгрупи А у порівнянні з підгрупою Б (%)

Аналізуючи показники ступеня недоношеності у новонароджених, ми встановили зменшення показника недоношеності III ступеня на 8,4% та II ступеня – на 7,3% серед вагітних, що отримували протитромботичну терапію, на відміну від вагітних, що проходили традиційне лікування.

При цьому ми встановили тенденцію до позитивного впливу рекомендованої комплексної терапії на стан глибоко недоношених новонароджених. Зазначене свідчить про сприятливий вплив рекомендованої терапії на компенсаторні механізми фетоплацентарного комплексу. Показовими ознаками впливу запропонованої терапії при лікуванні загрози недоношування є показники патологічного стану серед недоношених дітей. Так, частота таких ускладнень, як внутрішньошлуночкові крововиливи, гіпоксично-ішемічна енцефалопатія, асфіксія, дихальні розлади, вроджена гіпотрофія в підгрупі А була меншою в порівняння із підгрупою Б (малюнок).

У групі породілей, що під час вагітності отримували додатково протитромботичну терапію, стан новонароджених за шкалою Апгар був достовірно кращим, ніж у новонароджених, матері яких лікувались за загальноприйнятими підходами (табл. 7). Про даний факт свідчить середня величина балів за шкалою Апгар, що в підгрупі А майже на всіх гестаційних термінах була достовірно вищою, ніж в підгрупі Б.

Важливо зазначити, що стан новонароджених в результаті недоношування вагітності на тлі тромбофілічних розладів великою мірою впливає на показники перинатальних втрат. Результати перинатальних втрат досліджуваних груп наведені в табл. 8.

Щодо безпечності проведеної протитромботичної терапії, випадків ускладнення пологів, зумовлених несприятливою дією запропонованого комплексу на організм матері та плода не відзначено. Не виявлено випадків масивних кровотеч. Незначні кровотечі були в 3 (8,3%) випадках. Це була підвищена кровоточивість з епізіотомної рани в жінок, яким останню ін'єкцію беміпарину натрію було зроблено менше ніж за 12 год до виконання цієї операції. При цьому слід підкреслити, що загальна крововтрата в усіх випадках вагінальних пологів не перевищила фізіологічну й в середньому складала 260±60 мл. Дрібні геморагії в місцях ін'єкцій відзначено в 4 (11,1%) жінок підгрупи А. У всіх 36 жінок, які отримували післяопераційну/післяпологову профілактику, перебіг післяпологового періоду був фізіологічним, випадків гематометри не спостерігали. У новонароджених від матерів, які отримували протитромботичну терапію у допологовий період, жодних клінічних особливостей не виявлено. У тому числі не було випадків геморагічних ускладнень.

ВИСНОВКИ

1. У вагітних, які отримували протитромботичну корекцію із використанням сулодексиду, беміпарину натрію, аспірину, препаратів фолієвої кислоти, вітамінів групи В, омега-3-поліненасичених жирних кислот залежно від причини і ступеня вираженості тромбофілічних розладів, спостерігалось зменшення агрегаційної активності тромбоцитів, підвищення їх кількості, зниження коагуляційного потенціалу, Д-димеру та фібриногену.

2. При дослідженні функціонального стану плода за допомогою ультразвукового дослідження з визначенням біофізичного профілю та допплєрометрії встановлено, що у жінок, які отримували комплексну протитромботичну терапію, зменшилась кількість патологічних кардіотокографічних змін, збільшився загальний бал оцінки біофізичного профілю плода. Допплєрометричне дослідження кровотоку в артерії пупкового канатика свідчить про зниження індексів судинного опору і загалом про компенсацію кровообігу.

3. Лікування загрози передчасних пологів на фоні тромбофілічного стану повинно включати протитромботичну терапію, що впливає на основні ланки патогенезу цієї патології. Таким вимогам відповідає запропонований нами комплекс терапевтичних заходів, що дає можливість покращити стан плода, безпечно пролонгувати вагітність і покращити перинатальні наслідки.

Лечение беременных с угрозой преждевременных родов на фоне тромбофилических расстройств

С.И. Жук, И.В. Ус

Цель исследования: изучение эффективности коррекции нарушений гемостаза при угрозе преждевременных родов тромбофилического генеза.

Материалы и методы. Проведено лечение 66 женщин с угрозой преждевременных родов на фоне тромбофилических нарушений. Разработана схема коррекции нарушений гемостаза с использованием гепариноида сулодексида, низкомолекулярного гепарина беми парина натрия, антиагреганта аспирина, фолиевой кислоты, витаминов группы В и омега-3-полиненасыщенных жирных кислот в зависимости от причины и характера выраженности тромбофилических расстройств. У всех беременных изучали состояние системы гемостаза и состояние плода до и после лечения.

Результаты. Использование противотромботической коррекции у 36 беременных одновременно со стандартной схемой лечения угрозы преждевременных родов привело к нормализации показателей системы гемостаза и улучшению состояния плода: уменьшилось количество патологических кардиотокографических изменений, увеличился общий балл оценки биофизического профиля плода, допплерометрическое исследование кровотока в пуповине указывало на снижение индексов сосудистого сопротивления, что свидетельствовало о компенсации кровотока.

Заключение. Разработанная противотромботическая коррекция позволила достичь более высокой частоты своевременных родов, снизить частоту осложнений у новорожденных и улучшить перинатальные исходы.

Ключевые слова: *тромбофилические нарушения, угроза преждевременных родов, система гемостаза, противотромботическая коррекция, Д-димер.*

Treatment of pregnant with the threat of premature births and thrombophilic disorders

S.I. Zhuk, I.V. Us

Purpose. To study the efficiency of correction of coagulation disorders in women with the threat of premature births of trombophilic genesis.

Materials and methods. Treatment is conducted 66 women with the threat of premature births and thrombophilic disorders. Correction of coagulation disorders is developed with the use of geparinoid sulodeksid, low-molecular heparin of bemiparina sodium, antiagregant aspirin, folacin, vitamins of B and omega-3 fat acids dependency upon reason and character of expressed of the trombophilic state. For all pregnant studied the state of the system of hemostazis and state of fetus before and after treatment.

Results. Use of the indicated therapy at 36 pregnant simultaneously with the standard chart of treatment of threat of premature births resulted in normalization of indexes of the system of hemostasis and improvement of the state of fetus: the amount of pathological cardiotocographic changes diminished, the general point of estimation of biophysical profile of fetus increased, dopplerometria research of blood stream in an umbilical cord specified on the decline of indexes of vascular resistance, that testified to indemnification of blood stream.

Conclusion. Correction of coagulation allowed to attain more high-purity of timely births, reduce frequency of complications at new-born and improve perinatal results.

Key words: *thrombophilic disorders, threat of premature births, system of gemostazis, correction of coagulation disorders, D-dimer.*

Сведения об авторах

Жук Светлана Ивановна – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9; тел.: (044) 460-54-45. E-mail: zhuksvitlana@ukr.net

Ус Ирина Владимировна – Перинатальный центр, 03150, г. Киев, ул. Предславинская, 9, тел.: (050) 734-12-76. E-mail: irina_us@llist.ru

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Зайнулина М.С., Арутюнян А.В., Корнюшина Е.А., Пустыгина А.В., Мирашвили М.И. Современные подходы к диагностике, медикаментозной терапии и профилактике акушерских осложнений у женщин с тромбофилией // Журнал акушерства и женских болезней. – 2010. – № 4. – С. 90–98.
2. Корнюшина Е.А., Зайнулина М.С. Нарушения в системе гемостаза, методы их коррекции и исходы беременности у больных с невынашиванием и тромбофилией // Журнал акушерства и женских болезней. – 2008. – № 4. – С. 89–95
3. Кулаков В.И., Серов В.Н., Сидельникова В.М. Преждевременные роды – тактика ведения с учетом срока гестации // Журнал акушерства и женских болезней. – 2002. – № 2. – С. 13–17
4. Макацария А.Д., Бицадзе В.О., Гениевская М.Г. и соавт. Антифосфолипидный синдром в акушерской практике. – М.: Руссо, 2003. – 344 с.
5. Пестрикова Т.Ю., Юрасова Е.А., Бутко Т.М. Перинатальные потери – резервы снижения. – М.: Литтера, 2008. – 199 с.
6. Turan O., Turan S., Funai E. [et al.] A novel method to identify women at risk for impending preterm birth // Obstet. Gynecol. – 2007. – V. 109. – P. 855–862.
7. Jauniaux E., Farquharson R.G., Christiansen O.B. [et al.] Evidence-based guidelines for the investigation and medical treatment of recurrent miscarriage // Hum. Reprod. – 2006. – V. 21. – P. 2216–2222.

Статья поступила в редакцию 22.01.2016

ПОХУДЕНИЕ ВСЕГО НА 3-5 КГ ЗНАЧИТЕЛЬНО УЛУЧШАЕТ ЗДОРОВЬЕ

Исследователи, изучающие проблемы ожирения и методы избавления от него, настоятельно рекомендуют не стремиться к тому, чтобы "бить рекорды" по снижению массы тела.

Организм чутко реагирует даже на избавление всего от нескольких килограммов жира.

Избавление от лишнего веса - очень трудная задача, требующая наличия силы воли и терпения. Нередко люди, страдающие ожирением, отказываются следовать рекомендациям врачей, считая их невыполнимыми. Поэтому ученые рекомендуют ставить перед собой скромные цели - их достижение более реально, и кроме того, как выяснилось, даже незначительно похудение быстро сказывается на состоянии здоровья самым положительным образом.

Врачи считают, что людям, страдающим средней степенью ожирения, для нормализации веса следует избавиться в среднем от 25-30 кг. В случае же так называемого морбидного ожирения, то есть последней степени, речь идет о многих десятках килограммов. Практика показывает, что попытки избавиться от такого чудовищного количества жира без бариатрической операции лишь с помощью изменения образа жизни в большинстве случаев обречены на неудачу.

А ученые из университета Вашингтона в американском городе Сент-Луис (Washington University in St. Louis, Missouri) рекомендуют людям, которым необходимо похудеть, ставить перед собой скромные, но достижимые задачи - похудение всего на 5% от первоначального веса вместо обычно рекомендуемых при ожирении 10-15% тоже скажется на здоровье самым благотворным образом.

Исследователи из Сент-Луиса наблюдали группу американцев, страдавших средней степенью ожирения, у которых еще не развился сахарный диабет. Всем 20 пациентам было рекомендовано избавиться от 10-15% массы тела в зависимости от степени ожирения.

Средний вес участника перед началом программы похудения составлял 106 кг.

Лишь 9 из 20 больных удалось выполнить эту рекомендацию, но с другой стороны избавиться от 5% первоначального веса смогли 19 участников из 20.

Ученые сообщают, что даже в подгруппе участников, добившихся более чем скромных успехов и похудевших всего на 5 кг или 5,5 кг, наблюдалось значительное повышение чувствительности клеток организма к инсулину и вместе с тем улучшение функций того участка поджелудочной железы, клетки которого производят этот гормон.

www.health-ua.org