

Литература

1. Андреева, Т.И. Табак и здоровье / Т.И. Андреева, К.С. Красовский // Киев, 2004. – С.161-181.
2. Литвинов, Р.И. Достижения и проблемы борьбы с табакокурением в США / Р.И. Литвинов // Казан. мед. журнал. – 2000. - № 5 – С. 441-443.
3. Котикова, И.В. Особенности течения беременности у курящих пациенток / И.В. Котикова [и др.] // Рос. вестник акушера-гинеколога. – 2010. - №1. – С. 46-50.
4. Millan, H. et al. Smoking and alcohol in pregnancy. Survey in the immediate post-partum period / H.Millan [et al.] // Ir Med J. – 2006. - Vol 99. - № 9. – P. 283.

ТРОМБОФИЛИЧЕСКИЕ ПРИЧИНЫ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ: РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА. ПЕРВЫЕ ИТОГИ ПИЛОТНОГО ПРОЕКТА

*Воробьева Т.И., Кажина М.В., Бут-Гусаим Л.С., Лазаревич С.Н.,
Кочеткова Д.А., Ларченко Е.А.*

УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской
помощи г. Гродно»

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. Невынашивание беременности (НБ) остается одной из важнейших проблем современного акушерства, охватывая около 30% всего пула причин репродуктивных потерь, включая сверхранные. Привычная потеря беременности наблюдается у 3-5% супружеских пар.

Цель работы - выявление значимости ранней диагностики тромбофилических состояний как важного фактора невынашивания беременности и обоснованности включения в терапию угрозы прерывания беременности препаратов, улучшающих реологические свойства крови с целью увеличения шанса сохранения беременности.

Материалы и методы. Пилотный проект по ранней диагностике тромбофилических причин невынашивания беременности стартовал в УЗ «ГКБСМП г. Гродно» в 2011 году. Проведен ретроспективный анализ 1325 историй болезни пациенток с угрозой прерывания беременности, находившихся на лечении в отделении патологии беременности в период с 2011 по 9 месяцев 2012 года. Все пациентки были разделены на две группы. В основную группу включены 48 женщин с угрозой прерывания беременности и 1 потерей беременности в анамнезе,

в терапию которых включены низкомолекулярные гепарины (НМГ). В группу сравнения вошли 62 женщины с угрозой прерывания беременности и 1 потерей беременности в анамнезе, в терапию которых включены дезагреганты (дипиридамо́л, 75 мг/сутки). Основная группа была разделена на 2 подгруппы: А - беременные с клинически установленным диагнозом антифосфолипидного синдрома (АФС), n=13; В - беременные с угрозой прерывания, обследование на АФС у которых в силу социальных и экономических причин не проводилось, но наличие тромбофилических состояний диагностировалось другими лабораторными методами, n=35. В схему диагностики тромбофилий включались: расширенная коагулограмма (фибриноген, АЧТВ, Д-димеры), определение волчаночного антикоагулянта, протеина С, протеина S, антитромбина III, тромбоэластограмма. Верификация АФС осуществлялась по наличию низко-средне-высокопозитивных значений антикардиолипиновых антител и/или АТ к $\beta 2$ гликопротеину 1 (IgM, G), подтвержденных с интервалом в 8-12 недель.

Результаты и обсуждение. Всем женщинам основной группы (А и В) назначены НМГ (дальтепарин) в дозе 2500 ЕД 1 раз в сутки. Беременным из группы сравнения назначены дезагреганты (дипиридамо́л) в дозе 75 мг/сутки. В лечении мы придерживаемся следующих принципов: нормализация режима труда и отдыха, психоэмоциональная реабилитация, рациональное питание, этиопатогенетическая терапия (противовоспалительная терапия; коррекция гормональных нарушений; нормализация аутоиммунных процессов; метаболическая терапия; дезагрегантная терапия). В основной группе результатом назначенной терапии было сохранение беременности в 100% беременных (подгруппа А) и в 84% беременных (подгруппа В). В группе сравнения беременность была сохранена в 69% случаев.

Важнейшей диагностической особенностью следует считать тот факт, что в 46% случаев АФС был диагностирован при угрозе потери первой и второй беременностей! Полученные результаты требуют тщательного анализа и практических наблюдений с целью определения перспектив дальнейшего научного поиска.

Выводы.

1. Экономические затраты на проведение обследования после 1-й потери и/или при упорной угрозе прерывания беременности не сопоставимы с экономическим ущербом при потере беременности, не считая медицинской и психоэмоциональной составляющей несостоявшейся беременности.

2. Целесообразно включить в клинические протоколы обследование женщин на тромбофилические состояния уже после первой потери беременности, либо при упорной угрозе прерывания первой беременности.

3. Добавление в стандартную терапию угрозы прерывания беременности препаратов, улучшающих реологические свойства крови, позволяет улучшить исходы беременности.

4. Доклиническая диагностика привычного выкидыша позволяет снизить репродуктивные потери и улучшить демографическую ситуацию в Республике Беларусь.

Литература

1. Макацария, А.Д., Бицадзе В.О. Антифосфолипидный синдром, генетические тромбофилии в патогенезе основных форм акушерской патологии / А.Д. Макацария, В.О. Бицадзе // Русский медицинский журнал. - 2006. - Специальный выпуск. - С. 2-10.

2. Макацария, А.Д., Бицадзе В.О. Тромбофилии и противотромботическая терапия в акушерской практике / А.Д. Макацария, В.О. Бицадзе. - М.: Триада-Х, 2003. - 904 с.

3. Матвеева, Т.Е. Вопросы патогенеза и профилактики синдрома потери плода у беременных с тромбофилией / Т.Е. Матвеева // Автореферат диссертации на соискание ученой степени канд. мед. наук. - М., 2002. - 25 с.

4. Насонов, Е.Л. Современные подходы к профилактике и лечению антифосфолипидного синдрома / Е.Л. Насонов // Тер. Архив. - 2003. - № 5. - С. 83-87.

5. Приказ МЗ Республики Беларусь № 694 от 08.06.2012 г. «Об утверждении клинического протокола диагностики, профилактики и лечения пациентов с антифосфолипидным синдромом». - Минск. - 2012. - 42 с.

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ МЛАДЕНЦЕВ, РОДИВШИХСЯ ОТ МАТЕРЕЙ С БЕССИМПТОМНОЙ БАКТЕРИУРИЕЙ

Врублевская Е.Л., Парамонова Н.С., Синица Л.Н.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Инфекция мочевыводящих путей при беременности остается одной из важнейших проблем медицины, что обусловлено высоким риском развития урологических,