

УДК [618.3 – 008.6:616.151.5:616 – 005.1 – 08] – 07 (045)

СОСТОЯНИЕ КОАГУЛЯЦИОННОГО ГЕМОСТАЗА ПРИ ТОКСИКОЗЕ I ПОЛОВИНЫ БЕРЕМЕННОСТИ

Рогожина И.Е., Грицак Е.Е.

ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России», Саратов,
e-mail: grelen.84@mail.ru

У 120 пациенток с токсикозом I половины беременности различной степени тяжести было изучено состояние системы коагуляционного гемостаза и фибринолиза. Мониторинг указанных показателей может быть использован для оценки тяжести течения токсикоза I половины беременности и эффективности проводимой терапии.

Ключевые слова: рвота беременных, коагуляционный потенциал крови, фибринолитическая активность крови

CONDITION OF THE BLOOD COAGULATION AT EMESIS GRAVIDARUM

Rogozhina I.E., Gritsak E.E.

Saratov State Medical University of V.I. Razumovskii, Saratov, e-mail: grelen.84@mail.ru

We have made the investigation of hemostasis and fibrinolytic system parameters in the group of 120 patients with emesis gravidarum. Alterations of blood coagulation in the group of patients with emesis gravidarum was fixed. The definition of the specified parameters can be used for an estimation of emesis gravidarum severity and efficiency of therapy.

Keywords: hemostasis and fibrinolytic system parameters, emesis gravidarum, blood coagulation

Проблема токсикоза I половины беременности – одна из актуальных в современном акушерстве, поскольку эта форма патологии относится к распространенным и тяжелым осложнениям беременности [1, 2, 3, 4]. По данным литературы, развитие токсикоза I половины беременности сопровождается гиповолемией и гемоконцентрацией [5, 6]. В связи с этим очевидна целесообразность изучения показателей коагуляционного гемостаза и системы фибринолиза при токсикозе I половины беременности.

Цель исследования – изучение патогенетической взаимосвязи тяжести клинических проявлений заболевания и состояния системы гемостаза при токсикозе I половины беременности различной степени тяжести.

Материал и методы исследования

Изучение системы гемостаза проводилось путем определения ряда интегративных показателей: протромбинового индекса (ПТИ), времени свертывания крови цельной крови (ВСК), активированного парциального тромбопластинового времени (АПТВ), времени фибринолиза, а также содержания в крови фибриногена.

Под наблюдением находилось 120 женщин с токсикозом I половины беременности, со сроком гестации от 5 до 16 недель, получавшие лечение в МУЗ «Перинатальный центр» г. Энгельса в период с 2009 г. по 2011 г. Все пациентки были разделены на три группы в соответствии с общепринятой классификацией (Миров И.М., 1990).

I-я группа – 48 беременных с легким течением патологии: рвота наблюдалась до 5 раз в сутки, потеря массы тела не более 3 кг, гемодинамические по-

казатели и клинические анализы мочи и крови – без патологических изменений.

2-я группа – 44 беременных со среднетяжелым течением рвоты беременных: рвота наблюдалась от 6 до 10 раз в сутки, потеря массы тела составляла от 2 до 3 кг, отмечалась тахикардия – до 90–100 уд./мин. Ацетонурия наблюдалась у 20–50% больных.

3-я группа – 28 беременных с тяжелым течением токсикоза I половины беременности (чрезмерная рвота): рвота отмечалась до 20–25 раз в сутки, потерей массы тела до 8–10 кг, повышением температуры тела до 37,2–37,5 °С, тахикардией до 110–120 уд./мин, снижением артериального давления, суточного диуреза, ацетонурией, появлением белка и цилиндров в моче.

Контрольную группу составили 40 беременных в аналогичные сроки беременности с неосложненным течением гестации.

Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью компьютерной программы Microsoft Excel. При сравнительной оценке двух величин вычисляли критерий достоверности Стьюдента. Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

В I группе наблюдений с легким течением токсикоза I половины беременности при поступлении в стационар не обнаружено выраженных изменений коагуляционного потенциала крови. Об этом свидетельствовало отсутствие сдвигов ПТИ, АПТВ, времени свертывания крови, не изменялось содержание фибриногена и время фибринолиза.

Во II группе наблюдений со среднетяжелым течением патологии имело место уменьшение ВСК ($p < 0,02$) и АПТВ

($p < 0,02$) по сравнению с данным показателем у женщин с физиологическим течением беременности. Полученные результаты свидетельствуют о развитии гиперкоагуляции у женщин со среднетяжелым течением токсикоза I половины беременности. При изучении активности системы фибринолиза у пациенток со среднетяжелым течением рвоты беременных было установлено угнетение фибринолитического потенциала крови,

что проявлялось увеличением времени фибринолиза по сравнению с величинами, соответствующими неосложненному течению беременности ($p < 0,02$).

Дальнейшие наблюдения проведены в группе женщин с тяжелым течением токсикоза I половины беременности. У пациенток данной группы отмечены гиперкоагуляционные сдвиги в виде уменьшения ВСК и АПТВ (таблица).

Показатели системы гемостаза у больных с тяжелым течением токсикоза I половины беременности

Изучаемые показатели	Группы беременных				
	Неосложненное течение беременности		Тяжелое течение токсикоза I половины беременности		
	<i>n</i>	<i>M ± m</i>	<i>n</i>	<i>M ± m</i>	<i>P</i>
Протромбиновый индекс, (%)	40	104 ± 3,1	228	112 ± 3,7	$p > 0,5$ $p_1 > 0,5$ $p_2 > 0,5$
Время свертывания цельной крови, (мин)	40	6,30 ± 0,49	28	4,09 ± 0,24	$p < 0,01$ $p_1 < 0,02$ $p_2 > 0,5$
АПТВ, (сек)	40	42,0 ± 2,37	28	32,4 ± 3,02	$p < 0,02$ $p_1 < 0,02$ $p_2 > 0,5$
Фибриноген, (г/л)	40	4,5 ± 0,23	28	6,6 ± 0,29	$p < 0,001$ $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,01$
Фибринолитическая активность, (мин.)	40	6,1 ± 0,52	28	10,4 ± 0,84	$p < 0,001$ $p_1 < 0,01$ $p_2 > 0,5$

Примечание: *P* – рассчитано по отношению к показателям группы женщин с неосложненным течением беременности; p_1 – рассчитано по отношению к показателям беременных с легким течением токсикоза I половины беременности; p_2 – рассчитано по отношению к показателям беременных со среднетяжелым течением токсикоза I половины беременности.

В группе беременных с тяжелым течением токсикоза I половины беременности выявлено также значительное увеличение уровня фибриногена в крови и снижение активности системы фибринолиза по сравнению с таковыми показателями в контрольной группе, при легком и среднетяжелом течении токсикоза I половины беременности (см. таблицу).

Результаты проведенных нами исследований позволяют отметить взаимосвязь тяжести клинических проявлений патологии и степени сдвигов ряда интегративных показателей коагуляционного гемостаза и фибринолиза. Так, при легкой форме течения токсикоза I половины беременности не наблюдается изменений уровня фибриногена, прокагулянтной, фибринолитической активности крови при сопоставлении с аналогичными показателями у женщин с физиологически протекающей беременностью.

По мере нарастания клинических проявлений патологии у пациенток со среднетяжелой формой токсикоза I половины беременности развивается активация внутреннего механизма формирования протромбиназы. Одновременно выявляется подавление фибринолитического потенциала на фоне сохранения абсолютного содержания фибриногена в крови. Обнаруженные сдвиги усугубляются по мере утяжеления клинических проявлений токсикоза I половины беременности: у пациенток с чрезмерной рвотой беременных нарастает гиперкоагуляция, сопровождающаяся гиперфибриногенемией и снижением фибринолитической активности крови.

Таким образом, выявленный нами параллелизм утяжеления клинической картины токсикоза I половины беременности и расстройств коагуляционного потенциала крови в виде гиперкоагуляционных сдвигов

позволяет рекомендовать использование общепринятых показателей состояния коагуляционного гемостаза и фибринолиза в качестве объективных чувствительных диагностических и прогностических критериев течения токсикоза I половины беременности.

Выводы

1. По мере нарастания клинических проявлений патологии у беременных со среднетяжелым и тяжелым течением токсикоза I половины беременности отмечено появление и прогрессирование гиперкоагуляционных сдвигов.

2. Ряд описанных интегративных показателей коагуляционного потенциала крови может быть использован для оценки тяжести патологии и эффективности комплексной терапии.

Список литературы

1. Диагностика, профилактика и лечение гестозов / О.Н. Харкевич, И.И. Канус, А.Н. Буянова и др. – Минск: Медицина, 2001. – 206 с.

2. Mazzotta P, Stewart D, Atanackovic G. Psychosocial morbidity among women with nausea and vomiting of pregnancy: prevalence and association with anti-emetic therapy // *J. Psychosom. Obstet. Gynaecol.* – 2000. – №21(3). – P. 129–36.

3. Rotman P., Hassin D., Mouallem M. Wernicke's encephalopathy in hyperemesis gravidarum: association with abnormal liver function // *Isr. J. Med. Sci.* – 1994. – № 30. – P. 225–228.

4. Togay-Isikay C., Yigit A., Mutluer N. Wernicke's encephalopathy due to hyperemesis gravidarum: an under-recognised condition // *Aust. J. Obstet. Gynaecol.* – 2001. – № 41. – P. 453–456.

5. Chou F.H., Lin L.L., Cooney A.T. Psychosocial factors related to nausea, vomiting, and fatigue in early pregnancy // *J. Nurs. Scholarsh.* – 2003. – №35(2). – P. 119–25.

6. Gadsby R, Barnie-Adshead AM, Jagger C.A prospective study of nausea and vomiting during pregnancy // *Br. J. Gen. Pract.* – 1993. – №43(371). – P. 245–248.

Рецензенты:

Глухова Т.Н., д.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии лечебного факультета Саратовского ГМУ им. В.И. Разумовского г. Саратов;

Василенко Л.В., д.м.н., профессор кафедры акушерства и гинекологии ФПК ППС Саратовского ГМУ им. В.И. Разумовского, г. Саратов.