

Во время беременности пациентки получали различные схемы антикоагулянтной терапии. Так, 2 (7,42%) пациентки в течение всей беременности получали варфарин, 9 (33,3%) пациенток – только фрагмин в дозе 10 000 МЕ в сутки. Комбинированную схему с переводом на непрямые антикоагулянты во втором триместре беременности получали 15 (55,6%) пациенток. Одна пациентка (3,72%) нарушала режим антикоагулянтной терапии и принимала только аспирин. При комбинированной антикоагулянтной терапии реверсия с фрагмина на варфарин была проведена в сроке гестации $107,4 \pm 13,02$ дней (15,3 недели), обратный перевод на фрагмин – в $224,7 \pm 3,5$ дня (32,1 недели).

Наибольшее количество осложнений выявлено у пациенток, получавших только фрагмин в качестве антикоагулянтной терапии. Так, дисфункция протеза встретилась у 5 пациенток данной группы, что достоверно выше, чем у пациенток, получавших комбинированную терапию – 2 случая ($\chi^2=17,1$, $p<0,001$). Также у пациенток, получавших только фрагмин, зарегистрированы 2 случая тромбоза протеза, 1 кардиоэмболический инфаркт мозга, 1 транзиторная ишемическая атака. У пациенток, получавших комбинированную антикоагулянтную терапию, других осложнений, кроме дисфункции протеза, не было. Также не было осложнений у пациенток, получавших только варфарин на протяжении всей беременности. У пациентки, нарушавшей режим гипокоагуляции, был зарегистрирован кардиоэмболический инфаркт мозга.

Средний срок родоразрешения составил: у пациенток, получавших только варфарин, $255,3 \pm 3,12$ дней (36,5 недель), у пациенток на комбинированной антикоагулянтной терапии – $260,4 \pm 4,01$ дней (37,1 недель), у пациенток, получавших фрагмин, – $245,3 \pm 2,91$ дней (35,1 недель). Пациентка, нарушавшая антикоагулянтный режим, была досрочно родоразрешена в 33 недели (232 дня). Все пациентки были родоразрешены путем операции кесарева сечения с физиологической кровопотерей ($620,4 \pm 27,64$ мл). Новорожденные дети имели массу $2595,8 \pm 114,67$ г, ни у одного из них не было выявлено геморрагических проявлений и внутрижелудочковых кровоизлияний.

Заключение

При тщательном наблюдении и индивидуальном подборе антикоагулянтной терапии исход беременности у пациенток с протезированными клапанами может быть успешным. Применение различных схем антикоагулянтной терапии позволяет говорить о необходимости выработки единой и безопасной тактики ведения беременных с механическими клапанами сердца.

СТРУКТУРА ФАКТОРОВ БЕСПЛОДИЯ СУПРУЖЕСКИХ ПАР В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА

Петрова Е.В., Савицкая В.М.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

Введение: Отмечается тенденция к увеличению доли супружеских пар с нарушением фертильности, а также возрастание популяции женщин в позднем репродуктивном периоде, заинтересованных в наступлении беременности.

Цель исследования: проанализировать структуру причин бесплодия у супружеских пар в зависимости от возраста пациенток; определить оптимальную тактику ведения пациенток при бесплодии.

Материалы и методы: выполнено обследование 47 пациенток, проходивших лечение и обследование в УЗ«1 ГКБ» г.Минска и МЦ «ЛЮДЭ» в 2017г., проведен анализ спермограмм их мужей. В I группу включили пациенток ≤ 35 лет (23/47), во II – пациенток 36 лет и старше (24/47).

Результаты: Средний возраст пациенток в I группе составил $-28,5 \pm 4,1$ лет, во II – $39,6 \pm 6,3$ лет. В структуре бесплодия мужской фактор выявлен у 13% пар в I группе и у 16,7% - II группы, сочетанный у 52,2% пар в I группе и 66,6% - II группе, женский фактор у 34,8% пар в I группе и 16,7% - II группе. Вторичное бесплодие регистрировалось у 39,2% пациенток I группы и у 58,3% - II группы. В анамнезе у пациенток I и II групп соответственно: неразвивающаяся беременность – 33,3% и 21,4%, выкидыш – 22,3% и 28,6%, медаборт – 11,2% и 14,2%, внематочная беременность – 33,3% и 28,6%; роды у 7,1% пациенток II группы.

Среди факторов бесплодия у пациенток в I и II групп соответственно установлены: хронический аднексит и СПОМТ – у 47,8% и 70,8%, наружный генитальный эндометриоз и аденомиоз – у 17,4% и 29,2%, СПКЯ – у 30,4% и 12,5%, гиперандрогения – у 34,7% и 25%, гиперпролактинемия – у 8,7% и 12,5%, АФС – у 21,7% и 20,8%.

Оперативным вмешательствам в анамнезе подверглось 60,9% пациенток I группы и 62,5% - II группы, из них односторонняя аднексэктомия – у 7,1% и 6,7%, тубэктомия – 35,7% и 53,4%, ХГТ – 57,1% и 40%, коагуляция эндометриоидных очагов – 21,4% и 33,3%, каутеризация яичников – 42,8% и 6,7% соответственно; резекция яичников – у 33,3% и консервативная миомэктомия – у 20% у пациенток II группы.

При анализе спермограмм мужей пациенток I и II групп соответственно установлено: нормозооспермия – у 34,8% и 16,7%, патозооспермия – у 65,2% и 83,3%, в т.ч. тератозооспермия – у 13,3% и 30%, олигозооспермия – у 20% и 15%, астенозооспермия – у 26,7% и 25%, олигоастенотератозооспермия – у 40% и 30%

Выводы: С возрастом пациентки изменяется структура факторов, провоцирующих развитие бесплодия, с увеличением доли воспалительных процессов органов малого таза и генитального эндометриоза, отмечается тенденция к преобладанию мужского фактора бесплодия.

Своевременное лечение воспалительных заболеваний органов малого таза, рациональная тактика ведения пациенток с эндометриозом, сокращением сроков обследования и установления причин бесплодия способствует выбору оптимального метода преодоления бесплодия.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ МИОМЫ МАТКИ С ПРИМЕНЕНИЕМ АУТОПЛАЗМЫ

Рубахова Н.Н., Васильева Л.Н., Гуляева Л.С., Лобачевская О.С., Никитина Е.В.

УО «Белорусский государственный медицинский университет», г.Минск

В акушерско-гинекологическую практику внедрена медицинская технология, заключающаяся в предоперационной заготовке, замораживании и хранении плазмы крови женщины для последующего переливания ее во время оперативного вмешательства с целью коррекции системы гемостаза у гинекологических больных с миомой матки при прогнозируемом интраоперационном объеме кровопотери 15% ЦК (600 мл) и более. Данная медицинская технология позволяет эффективно проводить коррекцию системы гемостаза в гинекологической практике при абдоминальной гистерэктомии у женщин с миомой матки больших размеров и атипичным расположением узлов, а также при консервативной миомэктомии у женщин, не выполнивших репродуктивную функцию при больших размерах узла; метод позволяет избежать использования донорских компонентов крови, а следовательно, и возможных осложнений, связанных с ними. Аутодонорство является наиболее доступной мерой профилактики передачи гемотрансмиссивных инфекций, исключая опасность аллоиммунизации и риск посттрансфузионных реакций и осложнений, при возможном получении значительного экономического эффекта.

Целью трансфузии СЗП явилось восстановление гемостатического потенциала крови путем уравнивания состояния протеаз и антипротеаз, факторов свертывания и антикоагулянтов, компонентов калликреин-кининовой и фибринолитической системы с их ингибиторами.

Заготовка аутоплазмы проведена методом однократного или двукратного мануального плазмафереза, или автоматическим методом на аппарате PCS₂ (фирмы «Hemonetic»), с перерывом в неделю, в условиях процедурного кабинета организации переливания крови.

Аутоплазмотрансфузия проведена 26 больным миомой матки. Гистерэктомия проведена 21 пациентке с придатками или без, у них размер опухоли соответствовал 14-24 неделям гестации, 5 женщинам выполнена миомэктомия. Заготовку аутоплазмы начинали за 1–2 месяца до предполагаемого срока оперативного вмешательства. Аутокомпоненты крови не могут оказаться несовместимыми, поэтому возможна их быстрая трансфузия без затраты времени на определение групп и индивидуальной совместимости. Установлено, что аутоплазмотрансфузия не оказывает отрицательного воздействия на морфологический состав периферической крови, способствуют быстрой нормализации всех её показателей. Отмечено, что используемый метод не только не вызывает серьезных гемокоагуляционных нарушений, не усиливает кровотечения во время операции,