



**MODELS AND METHODS FOR
INCREASING THE EFFICIENCY OF
INNOVATIVE RESEARCH**

INTERNATIONAL SCIENTIFIC-ONLINE

CONFERENCE



WWW.INTERONCONF.ORG



**GERMANY
2021**



Наврузова Р.С.,
Курбанов Б.Б.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

АНАЛИЗ ГЕМОСТАЗА У БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ.

Актуальность. Преэклампсия – это одно из самых опасных осложнений в акушерстве, которое может привести материнской смертности. В Узбекистане, преэклампсия стоит на втором месте по материнской смертности, после акушерских кровотечений. В период беременности происходят значительные изменения в системе гемостаза, направленные на усиление активности факторов свертывания крови. Так как, в стенках сосудов, обеспечивающих плацентарный кровоток, нет слоя, который позволяет предотвратить свертывание крови внутри сосудов. На тканях плаценты регулярно скапливаются нити фибрина. И для того чтобы, они не нарушали кровоток, необходимо постоянно их лизировать, а для этого фибринолитическая система крови должна быть гораздо более активна, чем до зачатия. Именно поэтому показатели, отражающие уровень коагуляции и фибринолиза у здоровых женщин, которые ждут ребенка, повышены.


По мере развития беременности во всех звеньях свертывающей системы крови происходят изменения, направленные на поддержание равновесия в системе гемостаза.

Имеется множество научных работ, посвященных гемостазу при преэклампсии, а также коагулопатического кровотечения [1, 2]. Также большой интерес у ученых всего мира отводится тромбоцитам [3], это клеточные регуляторы, от которых зависит система гемостаза во время беременности, а также подготовка к родам. Тромбоциты имеют свои функции-ангиотрофическую, способность образовывать первичную пробку или адгезивная функция, способность вызвать спазм сосуда, и участие в свертывании крови [2].

Также о высокой роли тромбоцитов, в развитии внутрисосудистых нарушений при преэклампсии служат исследования M.Brandi и соавторы 1978г., которые нашли цепочку которая приводит к нарушению микроциркуляции.

В связи с этим, можно сделать вывод, что увеличение функциональной активности тромбоцитов, а также накопление в крови факторов свертывания, лежат в основе гемостазиологических нарушений при преэклампсии. И





поэтому не остается сомнений в том, что это нужно изучать для предупреждения тяжелых осложнений, угрожающих жизни матери и ребенка.

Материал и методы обследования.

Мы изучили особенности гемостаза у 100 обследованных женщин, страдающих преэклампсией (основная группа), в сравнении с 30 женщинами, с физиологическим течением беременности (контрольная группа).

Если говорить в целом, то показатели системы гемостаза у беременных с преэклампсией сильно отличаются от показателей у женщин с нормально протекающей беременностью.

Мы выявили значительное снижение среднего значения тромбоцитов у пациенток с тяжелой преэклампсией в отличие от здоровых беременных женщин в третьем триместре беременности ($161,2 \pm 9,6$ и $193,5 \pm 8,7$ соответственно) ($p < 0,05$). Агрегационная активность тромбоцитов значительно выше у женщин в основной группе ($109,9 \pm 3,7$) по сравнению с контрольной ($96,6 \pm 3,5$). АПТВ изменение было в сторону укорочения данного значения в основной группе до $29,4 \pm 1,7$ сек, по сравнению с контрольной группой $34,8 \pm 2,05$ сек ($p < 0,02$).

Показатель ПТВ у женщин с преэклампсией составил $13,9 \pm 0,4$ сек, что очень отличалось от здоровых беременных и составляло $13,7 \pm 0,53$ сек ($p < 0,01$).

При изучении концентрации фибриногена в крови, мы выяснили что он во много раз превышает у женщин с преэклампсией, и составляет $4,2 \pm 0,4$ г/л, чем у женщин с физиологической беременностью $3,7 \pm 0,2$ г/л. А также у беременных с преэклампсией в третьем триместре выявлено достоверное укорочение АВР $42,7 \pm 0,8$ сек, по сравнению с контрольной группой $51,4 \pm 0,4$ сек ($p < 0,001$).

Результаты

Исходя из этих данных, мы можем сказать об этапности развития гиперагрегации тромбоцитов с последующей гиперкоагуляцией.

Так как у данных беременных наблюдается гиперфибриногемия, укорочение АВР и АПТВ.

В связи с вышеизложенными данными мы можем сделать вывод, что у беременных с преэклампсией развивается стойкая гиперкоагуляция в коагуляционном звене гемостаза и гиперактивность со стороны тромбоцитов, а также выраженная тромбоцитопения.





ЛИТЕРАТУРА:

1. Милованов А.П., Кирющенко П.А. Плацента регулятор гемостаза матери. // *Акушерство и гинекология* 2001. №3 Стр 3-5
2. Blood cell lead, calcium, and magnesium levels associated with pregnancy-induced hypertension and preeclampsia / E.B. Davson. 2000.-Vol 74. №2. P 107-116
3. Cerdeira A.S., Karumanchi S.A. Angiogenic proteins as aid in the diagnosis preeclampsia. *Scandinavian Journal of Clinical and Laboratory Investigation* 2010; 70 (Suppl 242): 73-78.

