

Д.Д. Смурага, С.В. Рабецкая
ПАТОГЕНЕЗ ДВС-СИНДРОМА В АКУШЕРСКОЙ
И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Научный руководитель: ассист. Ф.Д. Яковлев

Кафедра патологической физиологии

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания (ДВС-синдром) – это патологический синдром, который характеризуется внутрисосудистой активацией свертывания крови, что приводит к тромбозам сосудов мелкого и среднего калибров, развитию полиорганной недостаточности и тяжелому массивному кровотечению. ДВС-синдром – сложнейшая и важнейшая проблема современной клинической медицины, включая акушерство и перинатологию. Актуальность ее обусловлена высочайшей перинатальной смертностью, а также большим числом осложнений в родах и послеродовом периоде.

Развитие ДВС-синдрома во время беременности может происходить при преждевременной отслойке плаценты, послеродовом кровотечении, инфицировании матки, HELLP-синдроме, иммуноконфликтной беременности (изосенсибилизация по резус-фактору), обширных травмах родовых путей, разрыве матки, злокачественных опухолях репродуктивной системы и др. Для таких акушерских осложнений, как отслойка плаценты, эмболия околоплодными водами и острая жировая дистрофия печени, характерно тяжелое раннее развитие ДВС-синдрома. ДВС-синдром при акушерском кровотечении активирует свертывание крови и запускает процессы фибринолиза. Активация фибринолиза ведет к образованию продуктов деградации фибрина (D-димеров), которые будут являться помехой для осуществления функции тромбоцитов и способны нарушать сократительную способность миометрия. ДВС-синдром клинически проявляется эндотелиальной дисфункцией, активацией тромбоцитарного звена и системы свертывания крови. ДВС-синдром является относительно частой проблемой, особенно у новорожденных с уже имеющейся патологией. ДВС всегда возникает вторично, с этим осложнением связан ряд перинатальных и неонатальных патологий: асфиксия, ацидоз, респираторный дистресс-синдром новорожденных, инфекционные заболевания, некротический энтероколит и т.д.

Для облегчения диагностики ДВС-синдрома внедрены балльные системы оценки, в основе которых лежат простые и легкодоступные тесты: подсчет числа тромбоцитов, определение удлинения протромбинового времени (ПВ) и концентраций продуктов деградации фибрина (D-димеров).

Важно подчеркнуть, что не существует единого лабораторного или клинического теста, который был бы достаточно чувствительным и специфичным для диагностики ДВС-синдрома. Поэтому диагностика основана на комбинации следующих показателей: количество тромбоцитов, активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), протромбиновое время (ПТВ), маркеры, связанные с продукцией фибрина и фибриногена. Помимо стандартизированных лабораторных тестов, для диагностики ДВС-синдрома рекомендуется применять тромбоэластомерию, которая обеспечивает постоянный мониторинг состояния системы гемостаза во время кровопотери.

Алгоритм лечения акушерского ДВС-синдрома должен включать одновременное и быстрое восполнение кровопотери, устранение всех возможных причинных факторов. Терапию препаратами крови следует назначать на основании клинической картины в сочетании с лабораторными данными.

Таким образом, ДВС-синдром в акушерстве — угрожающее жизни состояние, возникающее вторично по отношению к акушерским и неакушерским осложнениям беременности. Ведение беременности у женщин требует особого внимания врача, чтобы не допустить развития ДВС синдрома, и, если он разовьётся, вовремя принять меры помощи женщине.