

pertension. — 2009. — Vol. 53, N 6. — P. 944-951.

13. Pouta A., Hartikainen A.L., Sovio U. et al. Manifestations of metabolic syndrome after hypertensive pregnancy // Hypertension. — 2004. — Vol. 43, N 4. — P. 825-831.

14. Rosas-Carrasco O., Juarez-Cedillo T., Ruiz-Arregui L. et al. Overweight and obesity as markers for the evaluation of

disease risk in older adults // J. Nutr. Health Aging. — 2012. — Vol. 16, N 1. — P. 14-20.

15. WHO-ISH Hypertension Guidelines Committee. 1999. — World Health Organization — International society of Hypertension guidelines for the management of hypertension // J. Hypertens. — 1999. — Vol. 17. — P. 151-185.

УДК 618.15-002-008.87-076.5-078: 618.3: 615.28: 615.036.8

Т03

КЛИНИКО-МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СОВРЕМЕННЫХ СРЕДСТВ ЛЕЧЕНИЯ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА

Мехман Агаверди оглы Гамзаев^{1*}, Ельшад Мирзали оглы Новрузов²

¹Азербайджанский государственный институт усовершенствования врачей, г. Баку,

²Азербайджанский медицинский университет, г. Баку

Реферат

Цель. Выделение групп риска по бактериальному вагинозу, оценка эффективности наиболее перспективных средств лечения этого заболевания.

Методы. Проведено комплексное клинико-микробиологическое, анамнестическое и гинекологическое обследование 298 женщин, в том числе 143 беременных, в возрасте от 18 до 45 лет с патологическими выделениями из половых путей, контролем служили 34 здоровых женщины. Мазки брали со сводов влагалища и окрашивали по Граму, микроскопировали, подсчитывали количество микроорганизмов и ключевых клеток, проводили pH-метрию влагалища. Контрольные исследования проводили через 1 и 6–7 мес после завершения лечения.

Результаты. При назначении метронидазола [по 1 суппозиторию (500 мг) 2 раза в день в течение 5 дней] эффективность лечения составила 75,3±4,9%, при назначении хлоргексидина [по 1 суппозиторию (16 мг) 2 раза в день в течение 5 дней] — 89,4±3,8% (p < 0,05). Рецидивы через 6–7 мес зарегистрированы соответственно у 22,1±4,8 и 7,6±3,3% беременных (p < 0,02).

Вывод. Местное применение метронидазола и хлоргексидина при бактериальном вагинозе обладает высокой лечебной эффективностью, не оказывает побочного действия (в том числе у беременных) и приводит к стойкой нормализации биоценоза влагалища.

Ключевые слова: бактериальный вагиноз, беременность, метронидазол, хлоргексидин.

CLINICAL AND MICROBIOLOGIC EVALUATION OF CURRENT TREATMENTS FOR BACTERIAL VAGINOSIS

M.A. Gamzaev¹, E.M. Novruzov². ¹Azerbaijan State Advanced Training Institute for Doctors named after academic Aziz Aliyev, Baku, Azerbaijan, ²Azerbaijan Medical University, Baku, Azerbaijan. **Aim.** To circle out the population at risk for bacterial vaginosis, and to evaluate the effect of the most promising treatments for this disease. **Methods.** 298 women, including 143 pregnant women, aged 18 to 45 years, with abnormal discharge from the genital tract underwent clinical, microbiologic, and gynecologic examination and were questioned about the history of the disease. The results were compared with 34 healthy controls. Vaginal swabs were taken and stained by Gram, microorganisms and key cells were calculated at microscopy, vaginal pH was measured. The tests were repeated at 1 and 6–7 months after treatment. **Results.** The effect of metronidazole (500 mg vaginal suppository twice daily for 5 days) was 75.3±4.9%, of chlorhexidine (16 mg vaginal suppository twice daily for 5 days) — 89.4±3.8% (p < 0.05). Relapses at 6–7 months after treatment were registered in 22.1±4.8 and 7.6±3.3% of pregnant patients (p < 0.02). **Conclusion.** Local use of metronidazole and chlorhexidine in patients with bacterial vaginosis is highly effective, has no serious side effects (including in pregnant patients) and leads to constant vaginal microbiota normalization. **Keywords:** bacterial vaginosis, pregnancy, metronidazole, chlorhexidine.

Микробиоценоз влагалища в репродуктивном возрасте — сбалансированная и устойчивая система. Доминирующими агентами являются лактобактерии, продукт жизнедеятельности которых — α-оксипропионовая молочная кислота — создаёт кислую реакцию влагалищного содержимого. Кроме кислой среды, размножению патогенных микроорганизмов препятствуют образующиеся в результате жизнедеятельности лактобацилл перекись водорода, лизоцим и другие гликолитические ферменты [1, 8, 11, 13].

Помимо лактобактерий, в урогенитальном тракте здоровой женщины репродук-

тивного возраста можно обнаружить более 300 видов различных бактериальных микроорганизмов, грибов, вирусов и простейших. В норме они не вызывают заболевания, но нарушение количественно-качественных взаимоотношений резидентных микроорганизмов (сапрофитных и условно-патогенных) приводит к возникновению дисбаланса микробиоценоза и сопровождается метаболическими, иммунными нарушениями, в ряде случаев клиническими проявлениями, степень выраженности которых варьирует от бессимптомного носительства до выраженной клинической манифестации [3, 5, 9].

Инфекционные поражения влагалища занимают одно из ведущих мест в структу-

ре гинекологической патологии и остаются частой причиной обращаемости пациенток в женские консультации. Наиболее значимым из них является бактериальный вагиноз (БВ).

По данным разных авторов, распространённость БВ составляет от 5 до 80% [4, 8].

До недавнего времени исследования биоценоза влагалища были основаны прежде всего на результатах микроскопического исследования влагалищных мазков. Данный метод прост, не требует больших материальных затрат и обеспечивает быстрое получение результата, что обусловило его широкое распространение [7, 9, 15]. К тому же метод позволяет расширить эпидемиологические исследования по БВ, необходимые для выделения групп риска и выработки эффективной профилактики этого заболевания [12].

Под влиянием антибиотиков новых поколений (полусинтетических пенициллинов, цефалоспоринов, аминогликозидов), активных в отношении стафилококков, роль этих бактерий несколько снизилась. На первое место выступили грамотрицательные анаэробы (кишечная палочка, протей, синегнойная палочка, энтеробактерии, клебсиелла и др.). Всё чаще стали встречаться микробные ассоциации, обуславливающие более тяжёлое течение неспецифического вульвовагинита и неэффективность его лечения. Основной причиной неудач в лечении БВ считают приобретение возбудителями резистентности к традиционно используемым антибактериальным средствам, в результате чего многократно возрастает частота осложнений и рецидивов [6, 10, 14].

Лечение БВ остаётся сложной задачей. Его цель — не только эрадикация ассоциированных с БВ бактерий, но и стойкое восстановление микроценоза влагалища (нормального титра лактобацилл).

Несмотря на большой арсенал медикаментозных препаратов, применяемых в лечении БВ, выздоровление наступает далеко не всегда — в 55–83,3% случаев. Наименьшим эффектом, по данным Е.Ф. Кира, обладает диоксометилтетрагидропиримидин + хлорамфеникол (левомеколь) при местном применении — 55%; наибольший эффект, превышающий 92%, отмечают при поэтапном использовании антисептиков, антибиотиков, пробиотиков [4]. В то же время, проведено недостаточно конкретных исследований по сравнительному изучению современных средств лечения БВ.

Целями настоящего исследования были

выделение групп риска по БВ и оценка эффективности наиболее перспективных средств лечения этого заболевания.

Проведено комплексное клинико-микробиологическое обследование женщин в возрасте от 18 до 45 лет (средний возраст $26,4 \pm 1,1$ года), обратившихся за медицинской помощью с жалобами на патологические выделения из половых путей. Комплексное обследование пациенток включало анализ анамнестических данных, гинекологический осмотр, pH-метрию влагалищной среды, бактериологическое исследование вагинального содержимого, оценку наличия ключевых клеток.

Материал для микроскопии брали стерильным шпателем со сводов влагалища и помещали на предметное стекло. После окрашивания мазков по Граму оценивали количество лактобацилл, бактероидов, грамположительных кокков и гарднерелл.

Анализ общей микробной обсеменённости влагалищного отделяемого проводили по 4-балльной системе в соответствии с методикой, описанной в работе Т.В. Захаровой и В.Г. Волкова (2010) [2]. Учитывали количество микробных клеток, обнаруживаемых в одном поле зрения при микроскопии с иммерсией:

+ (1+) — до 10 микробных клеток в поле зрения, скудный рост;

++ (2+) — от 11 до 100 микробных клеток в поле зрения, умеренное количество;

+++ (3+) — от 100 до 1000 микробных клеток в поле зрения, большое количество;

++++ (4+ и более) — более 1000 микробных клеток в поле зрения, массивное количество.

Подобным способом подсчитывали и количество ключевых клеток.

По мере обращения провели лечение 298 женщин с подтверждённым БВ. Женщин с сопутствующими воспалительно-инфекционными заболеваниями репродуктивной системы исключали из исследования. Перед лечением среди женщин проводили социологическое анкетирование. Апробировали следующие схемы назначения препаратов:

– метронидазол (флагил) — по 1 суппозиторию (500 мг) 2 раза в день в течение 5 дней;

– хлоргексидин (гексикон) — по 1 суппозиторию (16 мг) 2 раза в день в течение 5 дней.

Метронидазол назначали 77 беременным во II и III триместрах беременности и 74 небеременным женщинам, хлоргексидин

дин — соответственно 66 женщинам во II и III триместрах беременности и 81 небеременной женщине. Контроль эффективности лечения оценивали по динамике затухания клинической симптоматики. Наблюдение вели на протяжении 6–7 мес, поддерживая с пациентками телефонные контакты, по показаниям приглашали на дополнительное обследование и повторное лечение. Лабораторно-микробиологическое контрольное исследование проводили дважды — через 1 и 6–7 мес после завершения лечения. Контрольную группу составили 34 женщины без воспалительно-инфекционной патологии.

Клинические проявления БВ варьировали в широких пределах. В той или иной степени преобладали такие симптомы, как изменение характера и количества выделений, специфический запах, боли при мочеиспускании, зуд, жжение, диспареуния, дерматит перианальной зоны, отёчность, гиперемия стенок влагалища. Для оценки тяжести клинического течения БВ использовали методику Т.Э. Карапетян и соавт. (2010) [3]. Каждый симптом оценивали по 3-балльной шкале (от 0 до 2), где 0 свидетельствовал об отсутствии симптомов, 1 — симптоматика умеренной выраженности, 2 — значительной выраженности. В соответствии с полученными данными выделено три группы больных. Первую из них составили больные с БВ лёгкой степени (сумма баллов 3–8), вторую — с БВ средней степени — (9–12 баллов), третью — с тяжёлым БВ (13–18 баллов), в четвёртую группу вошли женщины без признаков заболевания (норма).

Выделенные микроорганизмы были условно разделены на две группы — облигатную (лактобациллы и бактероиды) и факультативную (кокки и гарднереллы). Медицинская обращаемость по поводу острой стадии БВ очень низкая, многие женщины на начальных стадиях заболевания предпринимают самостоятельные шаги по купированию его клинических проявлений. Следуя большей частью рекламе в средствах массовой информации, женщины в лечебных целях используют местные и системные противовоспалительные и антибактериальные средства, что в некоторой степени облегчает течение заболевания, однако оно приобретает хронический характер. Не столь высока обращаемость и с лёгкой степенью БВ — 81 из 298 взятых под наблюдение женщин (27,2%). Ещё ниже удельный вес этого показателя при тяжёлой степени БВ — 68 женщин (22,8%; $t=1,24$, $p>0,05$). Наи-

большая же обращаемость приходится на среднюю степень БВ — 149 женщин (50,0%; $t=5,86$, $p<0,001$).

Клинико-микробиологические показатели БВ среди беременных и небеременных женщин были идентичными, поэтому они приведены в обобщённом виде. По мере изменения микрофлоры влагалища с облигатной на факультативную усиливалась тяжесть БВ. Если в контрольной группе преобладала облигатная микрофлора ($3,82\pm0,22$ балла), то уже при лёгкой степени БВ этот показатель уменьшался до $3,08\pm0,17$ балла ($t=2,64$, $p<0,01$), ещё больше уменьшался данный показатель при средней степени БВ — $2,46\pm0,12$ балла ($t=2,95$, $p<0,01$), а особенно при тяжёлой степени — $1,63\pm0,19$ балла ($t=3,77$, $p<0,001$). Одновременно происходило зеркальное возрастание вклада факультативной микрофлоры — с $0,75\pm0,18$ балла в контрольной группе до $3,81\pm0,22$ балла при тяжёлой степени БВ ($t=10,93$, $p<0,001$). Показателем течения воспалительного процесса служит появление в препаратах ключевых клеток, численность которых с $0,74\pm0,08$ балла при лёгкой степени БВ возрастала до $2,03\pm0,23$ балла при тяжёлой степени ($t=5,38$, $p<0,001$). Столь разительная перестройка биоценоза влагалища происходила на фоне окисления среды. В частности, если в контрольной группе $pH=4,02\pm0,24$, то при тяжёлой степени БВ $pH=5,14\pm0,33$ ($t=2,73$, $p<0,01$).

Перед лечением женщинам разъясняли способ введения суппозитория во влагалище и необходимость контроля динамики симптомов. Уже на 2-й день лечения многие женщины отмечали уменьшение количества выделений, прекращение зуда и жжения, а на 5-й день и остальные учитываемые симптомы практически не проявлялись. На результативность лечения степень тяжести БВ не оказывала влияния. В целом лечение оказалось высокоэффективным.

Среди беременных эффективность метронидазола при лечении БВ составила $75,3\pm4,9\%$, эффективность хлоргексидина была достоверно выше — $89,4\pm3,8\%$ ($\chi^2=4,73$, $p<0,05$). Среди небеременных оба препарата оказались более эффективными, но и здесь показатели между метронидазолом и хлоргексидином различались — $89,2\pm3,6$ и $97,5\pm1,7\%$ соответственно ($\chi^2=4,46$; $p<0,05$). Так, в течение 6–7 мес после лечения беременных метронидазолом зарегистрировано $22,1\pm4,8\%$ эпизодов заболеваний БВ, а при терапии хлоргексидином — $7,6\pm3,3\%$ ($\chi^2=5,74$,

Таблица 1

Эффективность метронидазола и хлоргексидина среди первично и повторно лечившихся женщин

Группы женщин, препараты	Первичное обращение			Повторное обращение			Статистическая значимость	
	Число женщин	Эффективность лечения		Число женщин	Эффективность лечения			
		Абс.	%		Абс.	%	χ^2	p
Беременные								
Метронидазол	29	26	89,7±5,7	48	32	66,7±6,9	5,14	<0,05
Хлоргексидин	28	28	100,0±0,0	38	31	81,6±6,4	5,78	<0,02
Небеременные								
Метронидазол	35	33	94,3±4,0	39	33	84,6±5,9	1,79	>0,05
Хлоргексидин	38	38	100,0±0,0	43	41	95,3±3,3	1,81	>0,05

p < 0,02), среди небеременных же 9,5±3,4 и 2,5±1,7% эпизодов ($\chi^2=3,47$, p > 0,05). Лечение метронидазолом и хлоргексидином среди беременных и небеременных видимыми побочными проявлениями не сопровождалось. Через 6 мес после терапии нормализация клинико-микробиологических показателей произошла у 98 из 143 беременных (68,5%) и 128 из 155 небеременных (82,3%; t=2,77, p < 0,01), у остальных женщин отмечены позитивные изменения в биоценозе влагалища. Так, доля облигатной микрофлоры возросла с 2,44±0,11 до 3,16±0,12 балла (t=4,50, p < 0,001), а факультативность микрофлоры наоборот снизилась с 3,66±0,12 до 2,23±0,14 балла (t=4,89, p < 0,001). Значительно улучшился и pH среды влагалища: с 4,97±0,17 до 4,22±0,16 (t=3,26, p < 0,001).

Анализ результатов демонстрирует, что на эффективность терапии выраженное влияние оказывают предшествующие лечебные меры (табл. 1).

Отметим, что среди небеременных оба препарата были несколько более эффективными при первичном лечении, нежели при повторном, хотя разница не имеет статистической значимости. Очевидно, что повторные курсы лечения БВ с использованием различных антибактериальных препаратов, включая системные антибиотики, зачастую без соблюдения нормативных предписаний, приводят к снижению чувствительности возбудителей к метронидазолу и хлоргексидину. Что же касается несколько меньшей эффективности лечения беременных, то это связано, по нашему мнению, с большим количеством среди них пациенток, проходящих повторное лечение. Так, до наших наблюдений самостоятельно или под врачебным контролем лечили от БВ суммарно 86 из 143 беременных (60,1±4,1%) и всего 74 из 155 небеременных (47,7±4,0%; $\chi^2=4,60$, p < 0,05).

ВЫВОДЫ

1. В условиях широкой распространённости среди женщин бактериального вагиноза и снижения эффективности его лечения препаратами выбора служат метронидазол (флагил) и, особенно, хлоргексидин (гексикон).

2. Местное применение препаратов наряду с высокой лечебной эффективностью не вызывает побочных явлений (в том числе у беременных), приводит к стойкой нормализации биоценоза влагалища, существенно снижает частоту осложнений и рецидивов.

3. Наиболее высока эффективность препаратов у женщин, проходящих первичное лечение, поэтому своевременное диагностирование бактериального вагиноза и его лечение метронидазолом и хлоргексидином с соблюдением апробированных схем назначений будет способствовать снижению заболеваемости женщин бактериальным вагинозом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Воронцова А.В., Звычайный М.А. Состояние биоценоза влагалища при применении микронизированного прогестерона // Акуш. и гинекол. — 2011. — №7. — С. 70-72.
2. Захарова Т.В., Волков В.Г. Коррекция нарушений вагинальной микрофлоры при бактериальных вагинозах и неспецифичных вагинитах // Акуш. и гинекол. — 2010. — №5. — С. 102-106.
3. Карапетян Т.Э., Арзуманян В.Г., Комисарова Л.М. и др. Бактериальный вагиноз и местная антимикробная активность у беременных // Акуш. и гинекол. — 2010. — №1. — С. 57-59.
4. Кира Е.Ф., Гамирова Е.В., Гайтукиева Р.А., Белякина И.В. Результаты рандомизированного исследования эффективности хлоргексидина и метронидазола при лечении бактериального вагиноза // Акуш. и гинекол. — 2010. — №6. — С. 123-129.
5. Плотно Е.Э., Ворошилина Е.С., Хаютин Л.В. и др. Репродуктивное поведение женщины и состояние биоценоза влагалища // Урал. мед. ж. — 2009. — №10. — С. 150-154.

6. Радзинский В.Е., Ордиянц И.М., Четвертакова Э.С., Мисуно О.А. Двухэтапная терапия вагинальных инфекций // Акуш. и гинекол. — 2011. — №5. — С. 78–81.
7. Савичева А.М. Особенности микробиологической диагностики репродуктивно значимых инфекций // Акуш. и гинекол. — 2010. — №4. — С. 11–16.
8. Тумбинская Л.В., Ворошилина Е.С., Донников А.Е. и др. Особенности биоценоза влагалища у женщин с нормальным и промежуточным типом мазка по результатам полимеразной цепной реакции в режиме реального времени // Акуш. и гинекол. — 2011. — №1. — С. 66–70.
9. Тотюнник А.А., Михайлов О.И., Меджидова М.К. Неспецифический вагинит: этиология, патогенез, клиника, диагностика, современные принципы лечения // Акуш. и гинекол. — 2011. — №7. — С. 92–96.
10. Austin M.N. Microbiological response to treatment of bacterial vaginosis with topical clindamycin or metronidazole // J. Clin. Microbiol. — 2005. — Vol. 43. — P. 4492–4497.
11. Donders G. Diagnosis and management of bacterial vaginosis and other types of abnormal vaginal bacterial flora: a review // Obstet. Gynecol. — 2010. — Vol. 65, N 7. — P. 462–473.
12. Haggerty C.L., Ness R.B. Epidemiology, pathogenesis and treatment of pelvic inflammatory disease // Expert. Rev. Anti Infect. Ther. — 2006. — Vol. 4. — P. 235–247.
13. Hainer B.L., Gibson M.V. Vaginitis: diagnosis and treatment // Am. Fam. Physician. — 2011. — Vol. 83, N 7. — P. 807–815.
14. Hay F. Bacterial vaginosis // Medicine. — 2005. — Vol. 33, N 10. — P. 58–61.
15. Linhares I.M., Giraldo P.C., Baracat E.C. New findings about vaginal bacterial flora // Rev. Assoc. Med. Bras. — 2010. — Vol. 56, N 3. — P. 370–374.

УДК 612.017.1: 616.151.5: 618.39.021.3: 616.346.2-089.87: 615.382: 615.246.9

T04

ПРОФИЛАКТИКА ПОТЕРЬ БЕРЕМЕННОСТИ ПОСЛЕ АППЕНДЕКТОМИИ

Наталья Фёдоровна Хворостухина, Ульяна Владимировна Столярова**Саратовский государственный медицинский университет*

Реферат

Цель. Оптимизация профилактических мероприятий по невынашиванию беременности после аппендэктомии на основании изучения патогенетических особенностей течения гестации при остром аппендиците.

Методы. Обследованы 78 беременных, оперированных по поводу острого аппендицита при сроках гестации от 4 до 30 нед. Контрольную группу составили 37 женщин с физиологическим течением беременности. Определяли содержание пролактина в сыворотке крови при помощи иммуноферментного анализа, проводили расчёт лейкоцитарного индекса интоксикации, методом активированных частиц определяли содержание общего эндотоксина в сыворотке крови, оценивали показатели системы гемостаза (содержание в крови фибриногена, растворимых комплексов мономеров фибрина, активированное парциальное тромбопластиновое время, время фибринолиза), методом твердофазного иммунного анализа определяли уровень цитокинов — интерлейкинов-1 β , -2, -4, -6, интерферона γ , фактора некроза опухоли α . Пациентки группы сравнения (n=42) получали после операции стандартный объём лечебно-профилактических мероприятий, направленный на пролонгирование беременности. В основной группе (n=36) дополнительно был использован дискретный плазмаферез на 3-и и 5-е сутки после аппендэктомии.

Результаты. При сочетании беременности и аппендицита констатируется развитие синдрома эндогенной интоксикации и гиперкоагуляции с одновременным угнетением фибринолиза и повышением содержания продуктов паракоагуляции, а также возрастание количества провоспалительных цитокинов. Концентрация пролактина увеличивалась в 1,5–1,8 раза на 5–7-е сутки после хирургического вмешательства с последующим снижением на 10–14-е сутки, что сопровождалось клиническими симптомами угрозы прерывания беременности. Использование дискретного плазмафереза на 3-и и 5-е сутки после операции способствовало сохранению стабильных концентраций пролактина у беременных во все сроки послеоперационного периода, а также снижению показателей эндогенной интоксикации, нормализации системы гемостаза и цитокинов, что позволило повысить процент благополучных исходов беременности после аппендэктомии.

Вывод. Дополнительное применение плазмафереза в комплексе лечебных мероприятий у беременных после аппендэктомии позволяет в 4 раза сократить частоту угрозы прерывания беременности, в 2 раза уменьшить риск потерь беременности; полученные данные позволяют считать данный метод эффективным и безопасным способом профилактики невынашивания беременности.

Ключевые слова: аппендицит, беременность, пролактин, показатели эндогенной интоксикации, гемостаз, цитокины, плазмаферез.

PREVENTION OF PREGNANCY LOSS AFTER APPENDECTOMY N.F. Khvorostukhina, U.V. Stolyarova. *Saratov State Medical University, Saratov, Russia.* **Aim.** To optimize preventive measures for miscarriage after appendectomy based on a study of the gestation course pathogenetic features in acute appendicitis. **Methods.** 78 pregnant women who had underwent surgery for acute appendicitis during gestation (gestation term from 4 to 30 weeks) were examined. The control group consisted of healthy 37 women with normal gestation. Serum prolactin level was measured by ELISA. Leukocyte intoxication index, combined endotoxin titre, coagulation tests (fibrinogen, soluble fibrin monomers, activated partial thromboplastin time, fibrinolysis time) were also examined. serum cytokine levels (interleukine-1 β , -2, -4, -6, interferon γ , tumor necrosis factor α) were measured by solid-phase enzyme immunoassay. Patients of comparison group (n=42) received standard treatment targeted on pregnancy prolongation after the surgery. Discrete plasmapheresis was added to treatment offered for patients of the main group (n=36) at 3rd and 5th days after the appendectomy. **Results.** Endogenous intoxication syndrome development in association with hypercoagulation and simultaneous fibrinolysis inhibition and increase of paracoagulation products levels combined with pro-inflammatory cytokines level increase was noted in pregnant patients with appendicitis. Prolactin level increased by 1.5–1.8 times at 5–7 days after surgery with further decrease at 10–14 day accompanied by risk of miscar-