

27. De Backer D., Donadello K., Taccone F.S. et al. Microcirculatory alterations: potential mechanisms and implications for therapy. *Ann. Intensive Care*. 2011; 19; 1 (1): 27.
28. Kumar P., Shen Q. et al. Molecular mechanisms of endothelial hyperpermeability: implications in inflammation. *Expert Rev. Mol. Med.* 2009; 11: e19.
29. Nelson S.M. Venous thrombosis during assisted reproduction: novel risk reduction strategies. *Thromb. Res.* 2013; 131: 1: S1—S3.
30. Budev M., Arroliga A., Falcone T. Ovarian hyperstimulation syndrome. *Crit. Care Med.* 2005; 33: 301—306.
31. Le Gouez A., Naudin B., Grynberg M. et al. Ovarian hyperstimulation syndrome. *Ann. Fr. Anesth. Reanim.* 2011; 30 (4): 353—362.
32. Ovarian hyperstimulation syndrome. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. *Fertil. Steril.* 2006; 86 (5 Suppl.): S178—S183.
33. Kumar P., Sait S.F., Sharma A. et al. Ovarian hyperstimulation syndrome. *J. Hum. Reprod. Sci.* 2011; 4 (2): 70—75.
34. Lamazou F., Legouez A., Letouzey V. et al. Ovarian hyperstimulation syndrome: pathophysiology, risk factors, prevention, diagnosis and treatment. *J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. (Paris)*. 2011; 40 (7): 593—611.
35. Genazzani A.R., Monteleone P., Papini F. et al. Pharmacotherapy of ovarian hyperstimulation syndrome. *Expert Opin. Pharmacother.* 2010; 11 (15): 2527—34.
36. Gómez R., Soares S.R., Busso C. Physiology and pathology of ovarian hyperstimulation syndrome. *Semin. Reprod. Med.* 2010; 28 (6): 448—457.
37. Aljawoan F.Y., Hunt L.P., Gordon U.D. Prediction of ovarian hyperstimulation syndrome in coaxed patients in an IVF/ICSI program. *J. Hum. Reprod. Sci.* 2012; 5 (1): 32—36.
38. Chen C.D., Chen S.U., Yang Y.S. Prevention and management of ovarian hyperstimulation syndrome. *Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol.* 2012; 26 (6): 817—27.
39. Schouten M., Wiersinga W.J., Levi M., van der Poll T. Inflammation, endothelium, and coagulation in sepsis. *J. Leukoc Biol.* 2008; 83 (3): 536—45.
40. Curiel Balsera E., Prieto Palomino V.A., Muñoz Bono J. Severe ovarian hyperstimulation syndrome. *Med. Clin. (Barc)*. 2011; 137 (4): 184—185.
41. Shmorgun D., Claman P.J. The diagnosis and management of ovarian hyperstimulation syndrome. *Obstet. Gynaecol. Can.* 2011; 33 (11): 1156—1162.
42. Tan B.K., Mathur R. Management of ovarian hyperstimulation syndrome. *Hum. Fertil. (Camb)*. 2013.
43. Jakimiuk A.J., Grzybowski W., Zakrzewski J. et al. The ovarian hyperstimulation syndrome—diagnostic criteria, management procedures. *Ginek. Pol.* 2006; 77 (11): 885—892.
44. Wei L.H., Chou C.H., Chen M.W. The role of IL-6 trans-signaling in vascular leakage: implications for ovarian hyperstimulation syndrome in a murine model. *J. Clin. Endocrinol. Metab.* 2013; 98 (3): E472—E484.
45. Alatri A., Tribout B., Gencer B. et al. Thrombotic risk in assisted reproductive technology. *Rev. Med. Suisse.* 2011; 7 (281): 357—60.
46. Vlahos N.F., Gregoriou O. Prevention and management of ovarian hyperstimulation syndrome. *Ann. N.Y. Acad. Sci.* 2006; 1092: 247—64.
47. Shannon M.B., Ian A.G., Middeldorp S. et al. VTE, thrombophilia, antithrombotic therapy, and pregnancy: antithrombotic therapy and prevention of thrombosis, 9th ed.: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest* — February — 2012; 141: 2.
48. Woodcock T.E., Woodcock T.M. Revised Starling equation and the glycocalyx model of transvascular fluid exchange: an improved paradigm for prescribing intravenous fluid therapy. *J. Anaesthesia.* 2012; 108 (3): 384—94.
49. Zivi E., Simon A., Laufer N. Ovarian hyperstimulation syndrome: definition, incidence, and classification. *Semin. Reprod. Med.* 2010; 28 (6): 441—47.

Поступила 29.04.15

Сообщения

© Н.А. ЖАРКИН, 2015

УДК 618.5-089.888.61-06:616-005.1]-084

ИНТРАОПЕРАЦИОННОЕ ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Жаркин Н.А.

ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России, 400131, г. Волгоград

Разработан и внедрен протокол интраоперационной остановки акушерских кровотечений, ассоциированных с кесаревым сечением. Выполнено более 120 операций. Эффективность в плане остановки кровотечения и сохранения репродуктивной функции составила 92%. Гистерэктомия выполнена в 8% случаев.

Ключевые слова: кесарево сечение; кровотечение; хирургическая остановка.

Для цитирования: Архив акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирева. 2015; 2 (3): 54—55.

SURGICAL PREVENTION AND MANAGEMENT OF OBSTETRICAL HEMORRHAGE

Zharkin N.A.

Volgograd State Medical University, 400131, Volgograd, Russian Federation

Protocol the surgical conservative management of obstetrical hemorrhage associated with Caesarean Section was applied in more than 120 C/S. Good effect has got in 92%. Hysterectomy has made in 8%.

Key words: caesarean section; hemorrhage; surgical management.

Citation: Arkhiv Akusherstva i Ginekologii im. V.F. Snegiryova. 2015; 2 (3): 54—55. (in Russ.)

Received 27.01.14

Частота кесарева сечения постоянно растет, превысив в популяции 20% барьер. По данным И.И. Иванова (Украина), материнская смертность, ассоциируемая с

кесаревым сечением, в 4 раза выше, чем при вагинальных родах. Риск осложнений в случае запланированного кесарева сечения у женщин с рубцом на матке су-

щественно превышает риск в случае удачной попытки вагинальных родов после кесарева сечения (2012). По данным профессора В.И. Орлова, частота массивных кровопотерь при повторном кесаревом сечении в 5 раз выше, чем при вагинальных родах (2005).

По данным статистики, в 2012 г. в Волгоградской области было 9 случаев материнских смертей; 2 из 3 случаев материнской смертности в связи с кровотечением было после кесарева сечения с релапаротомией.

Из-за увеличения числа повторного кесарева сечения, которое достигает 35% в структуре показаний к этой операции, чрезвычайно актуальной становится проблема профилактики и борьбы с возникшим интраоперационно кровотечением.

Причинами кровотечения во время кесарева сечения могут быть гипотония матки, разрыв сосудистого пучка, вращение плаценты в области старого рубца, явления, обусловленные нарушением в системе свертывания крови (тромбоцитопения различного генеза, эмболия околоплодными водами и др.). Методы остановки кровотечения при открытом животе делятся на консервативные (с сохранением матки) и радикальные (с ее удалением).

На кафедре акушерства и гинекологии Волгоградского государственного медицинского университета разработан и внедрен протокол интраоперационной остановки кровотечения, предусматривающий строгую и четкую последовательность действий хирурга и позволяющий при благоприятных условиях закончить операцию с сохранением репродуктивного органа.

При гипотонии матки, сопровождающейся нарастанием кровопотери, или при травме сосудистого пучка производят перевязку маточных сосудов на двух уровнях с обеих сторон. Первый уровень выбирается ниже кесарского разреза на 1,5—2 см, а второй — под собственной связкой яичника. При этом в зону ишемии вовлекаются более 60% объема миометрия. Результат

этих действий, как правило, проявляется в немедленной хорошей сократительной способности матки. В случае упорной гипотонии вторым этапом следует наложение компрессионных швов по В-Lynch или Pereira или их сочетания.

Если кровотечение продолжается, то оно, как правило, обусловлено нарушением гемостаза и требует дополнительных усилий реаниматологов по его восстановлению. При продолжающемся кровотечении следующим этапом выполняется перевязка внутренних подвздошных артерий, а если условий для этого нет (нехватка времени, отсутствие специалиста — сосудистого хирурга и др.), то гистерэктомия.

На клинических базах кафедры за 3 года выполнена 121 интраоперационная остановка кровотечения различными способами. Эффективность данных методов в плане сохранения репродуктивной функции составила 92%. Выполнено 11 (8%) гистерэктомий. Показаниями для гистерэктомий явились упорная гипотония матки и развитие матки Кувелера при развернутом ДВС-синдроме (7 случаев), вращение плаценты (3 случая), массивная травма матки в области сосудистого пучка (1 случай). Отсутствие эффекта от консервативных методов остановки интраоперационного кровотечения было обусловлено наличием нескольких существенных факторов риска, а именно: большой площадью преждевременной отслойки плаценты, несвоевременно проведенной операцией (позднее обращение за медицинской помощью), запоздалым решением о применении консервативных методов остановки кровотечения.

Таким образом, внедрение в практику родильных стационаров разработанного протокола позволяет существенно сократить долю гистерэктомий при массивных акушерских кровотечениях и их риске, ассоциированных с кесаревым сечением, а также при хирургической остановке кровотечений после вагинальных родов.

Поступила 27.01.14

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2015

УДК 818.3/5-06:616.832-004.2]-036.1

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ПАЦИЕНТОК С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ

Муравин А.И.¹, Бойко А.Н.², Мурашко А.В.¹, Попова Е.В.²

¹ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России, 119991, Москва; ²Московский городской центр рассеянного склероза ГБУЗ «Городская клиническая больница № 24» Департамента здравоохранения г. Москвы, филиал № 1, 127018, г. Москва

Рассеянный склероз (РС) — мультифакториальное хроническое аутоиммунное демиелинизирующее заболевание нервной системы, которым преимущественно страдают женщины детородного возраста. Оценено течение беременности и послеродового периода на основании медицинской документации 64 женщин с РС. Частота акушерских осложнений во время беременности у женщин с РС примерно соответствует популяционной, в то же время обострения РС были отмечены в 14 и 47% случаев во время беременности и в послеродовом периоде соответственно. Кроме того, выявлена высокая частота послеродовой депрессии (50%), что может указывать на развитие обострения РС.

Для цитирования: Архив акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирева. 2015; 2 (3): 55—56.

RETROSPECTIVE ANALYSIS OF THE COURSE OF PREGNANCY AND LABOR IN PATIENTS WITH DISSEMINATED SCLEROSIS

Muravin A.I.¹, Boiko A.N.², Murashko A.V.¹, Popova E.V.²