

Impact Factor: 6.145

ISSN: 2181-0990
DOI: 10.26739/2181-0990
www.tadqiqot.uz

JRHUNR

JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND URO-NEPHROLOGY RESEARCH



TADQIQOT.UZ

VOLUME 3,
ISSUE 2

2022

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

Журнал репродуктивного здоровья и уро-
нефрологических исследований

JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND URO-NEPHROLOGY RESEARCH

Главный редактор: Б.Б. НЕГМАДЖАНОВ

Учредитель:

Самаркандский государственный
медицинский университет

Tadqiqot.uz

Ежеквартальный
научно-практический
журнал

N^o 2
2022

ISSN: 2181-0990

DOI: 10.26739/2181-0990

Главный редактор:
Chief Editor:

Негмаджанов Баходур Болтаевич
доктор медицинских наук, профессор,
заведующий кафедрой Акушерства и гинекологии №2
Самаркандского Государственного медицинского университета

Doctor of Medical Sciences, Professor,
Head of the Obstetrics and Gynecology Department
No. 2 of the Samarkand State Medical University

Заместитель главного редактора:
Deputy Chief Editor:

Каттаходжаева Махмуда Хамдамовна
доктор медицинских наук, профессор
Кафедры Акушерства и гинекологии Ташкентского
Государственного стоматологического университета

Doctor of Medical Sciences, Professor
Departments of Obstetrics and Gynecology
Tashkent State Dental University

ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОЙ КОЛЛЕГИИ:
MEMBERS OF THE EDITORIAL BOARD:

Луис Альфондо де ла Фуэнте Эрнандес
профессор, член Европейского общества
репродукции человека и эмбриологии
Prof. Medical Director of the Instituto
Europeo de Fertilidad. (Madrid, Spain)

Ramašauskaitė Diana
профессор и руководитель клиники акушерства
и гинекологии при институте клинической
медицины Вильнюсского университета (Prof. Clinic
of Obstetrics and Gynecology Vilnius University Faculty
of Medicine, Latvia)

Зуфарова Шахноза Алимджановна
доктор медицинских наук, профессор, директор
Республиканского центра репродуктивного
здоровья населения (M.D., Professor, Director
of the Republican Center for Reproductive Health)

Агабабян Ирина Рубеновна
кандидат медицинских наук, доцент, Самаркандского
Государственного медицинского университета
(Candidate of Medical Sciences, Associate Professor,
Samarkand State Medical University)

Зокирова Нодира Исламовна
доктор медицинских наук, профессор Самаркандского
Государственного медицинского университета

Кадыров Зиёратшо Абдуллоевич
доктор медицинских наук, профессор
Непрерывного медицинского образования
медицинского института РУДН.

Негматуллаева Мастура Нуруллаевна
доктор медицинских наук, профессор Бухарского
государственный медицинского института.

Окулов Алексей Борисович
доктор медицинских наук, профессор
Московского государственного
медико-стоматологического университета.

Махмудова Севара Эркиновна
доктор философии по медицинским наукам (PhD)
(ответственный секретарь)

ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОГО СОВЕТА:
MEMBERS OF THE EDITORIAL BOARD:

Boris Chertin
MD Chairman, Departments of Urology & Pediatric
Urology, Shaare Zedek Medical Center, Clinical Professor in
Surgery/Urology, Faculty of Medicine, Hebrew University,
Jerusalem. (Профессор хирургии/урологии, медицинский
факультета ивритского университета)

Fisun Vural
Doçent Bilimleri Üniversitesi, Haydarpaşa
Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği İdari
ve Eğitim Sorumlusu. Доцент Университета
естественных наук, учебно-исследовательской
больницы клиники акушерства и гинекологии.

Melike Betül Öğütmen
SBÜ Haydarpaşa Numune SUAM Nefroloji
Kliniği idari ve Eğitim Sorumlusu.
Доцент Университета естественных наук,
учебно-исследовательской
больницы клиники нефрологии.

Аллазов Салах Алазович
доктор медицинских наук, профессор
кафедры урологии, Самаркандского
Государственного медицинского университета

Ахмеджанова Наргиза Исмаиловна
доктор медицинских наук, доцент,
заведующая кафедрой №2 педиатрии с
курсом неонатологии, Самаркандского
Государственного медицинского университета

Локшин Вячеслав Нотанович
доктор медицинских наук, профессор,
член-корр. НАН РК, президент Казахстанской
ассоциации репродуктивной медицины.

Никольская Ирина Георгиевна
доктор медицинских наук, профессор
ГБУ МО МОНИАГ.

Шалина Раиса Ивановна
доктор медицинских наук, профессор
кафедры акушерства и гинекологии педиатрического
факультета РНИМУ им.Н.И.Пирогова

ОБЗОРНЫЕ СТАТЬИ

1. Агабабян И.Р., Садикова Ш. Ш., Исmoilов Р. М.
ВЫЯВЛЕНИЕ НАРУШЕНИЙ СКОРОСТИ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ОЖИРЕНИЯ / IDENTIFICATION OF EARLY DISORDERS OF GLOMERULAR FILTRATION RATE DEPENDING ON THE DEGREE OF OBESITY/ SEMIZLIK DARAJASIGA QARAB KOPTOKCHALAR FILTRATSIYASI TEZLIGI BUZILISHLARINI ERTA ANIQLASH.....6
2. Амонова М.Ф.
ДЕФИЦИТ ВИТАМИНА Д У ЖЕНЩИН В МЕНОПАУЗЕ/VITAMIN D DEFICIENCY IN MENOPAUSA WOMEN/ MENOPAUZADAGI AYOLLARDA D VITAMINI YETISHMASLIGI.....10
3. Шавази Н.Н., Алимова П.Б. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ/ CURRENT ASPECTS OF OBSTETRIC HEMORRHAGE/ AKUSHERLIK QON KETISHINING ZAMONAVIY JIHLATLARI.....13
4. Мурадова Р.Р., Хайдаров М.М., Тураев Х. Н.
НЕФРОТОКСИЧНОСТЬ КАК ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОЙ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ/ NEPHROTOXICITY AS A PROBLEM OF MODERN ANTIBIOTIC THERAPY/ NEFROTOKSIKLIK - ZAMONAVIY ANTIBIOTIKOTERAPIYANING MUAMMOSI SIFATIDA.....17

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

1. Гиясов Ш.И., Гафаров Р.Р.
СИСТЕМАТИЗАЦИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ГОЛЬМИЕВОЙ ЛАЗЕРНОЙ ЭНУКЛЕАЦИИ ПРОСТАТЫ – СТАНДАРТИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД/ SYSTEMATIZATION OF POSTOPERATIVE COMPLICATIONS OF HOLMIUM LASER ENUCLEATION OF THE PROSTATE - A STANDARDIZED APPROACH/ GOLMIY LAZERLI PROSTATA BEZI ENKLEATSIYANING OPERATSIYADAN KEYINGI ASORATLARINI TIZIMLASHTIRISH – STANDARTLASHTIRILGAN YONDASHUV.....20
2. Даминова М.Х., Ахмеджанов И. А., Ахмеджанова Н.И., Изомиддинова М.К.
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КЛИНИКО- ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ/ COMPARATIVE ASSESSMENT OF CLINICAL AND LABORATORY PARAMETERS IN VARIOUS FORMS OF PYELONEPHRITIS IN CHILDREN/ BOLALARDA PIELONEFRITNI TURLI XIL SHAKLLARIDA KLINIK -LABORATOR XUSUSIYATLARNI QIYOSIY BAXOLASH.....25
3. Исламов Т.Ш., Ахмеджанов И. А., Ахмеджанова Н.И.
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ/ CLINICAL AND LABORATORY CHARACTERISTICS OF VARIOUS FORMS OF ACUTE GLOMERULONEPHRITIS IN CHILDREN/ BOLALARDA O'TKIR GLOMERULONEFRITNI TURLI XIL SHAKLLARIDA KLINIK -LABORATOR XUSUSIYATLARI.....29
4. Каттаходжаева М.Х., Абдуллаева Л.С., Сулейманова Н. Ж.
ПРАКТИЧЕСКИЕ КОНТРАВЕРСИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСЛЕРОДОВЫХ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ/ PRACTICAL CONTRAVERSIONS IN THE PREVENTION OF POSTPARTUM OBSTETRIC HEMORRHAGE/TUG'RUQDAN KEYINGI AKUSHERLIK QON KETISHINING OLDINI OLIHDA AMALIY QARAMA-QARSHILIKLAR.....35
5. Каттаходжаева М.Х., Абдуллаева Л.С., Сулейманова Н. Ж.
ЗНАЧЕНИЕ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ПОСЛЕРОДОВЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ СИНДРОМЕ ПЕРЕРАСТЯЖЕНИЯ МАТКИ В ПЕРСОНИФИКАЦИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ/ THE VALUE OF PREDICTING POSTPARTUM HEMORRHAGE IN THE SYNDROME OF UTERINE OVERSTRETCHING IN THE PERSONIFICATION OF PREVENTIVE MEASURES/ TUG'RUQDAN KEYINGI AKUSHERLIK QON KETISHINING OLDINI OLIHDA AMALIY QARAMA-QARSHILIKLAR.....39
6. Сайфиев Х.Х., Ахмеджанов И. А., Ахмеджанова Н.И.
СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ/IMPORTANCE OF MODERN APPROACHES IN THE DIAGNOSIS OF PURULENT-INFLAMMATORY DISEASES OF THE UTERUS/ BOLALARDA UTKIR PIELONEFRITNI DAVOLASHDA ZAMONAVIY YONDASHUV.....43
7. Солеева С.Ш., Агабабян И.Р., Ярашева З.Х.
ИНТЕРВЕНЦИОННОЕ ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА/INTERVENTIONAL MANAGEMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC CORONARY HEART DISEASE/SURUNKALI KORONAR YURAK KASALLIGI BO'LGAN BEMORLARNI INTERVENTSION BOSHQARISH.....46
8. Меликова Д.У., Бегнаева М.У.
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ/CLINICAL FEATURES OF CHRONIC PYELONEPHRITIS IN CHILDREN/ BOLALARDA SURUNKALI PIYELONEFRIT KECHISHINING KLINIK JIHLATLARI.....51
9. Ризаев Ж.А., Хусанбаева Б.А.
ПРОВЕРКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕДЛОЖЕННОЙ СХЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК/ CHECKING THE EFFECTIVENESS OF THE PROPOSED TREATMENT REGIMEN FOR DENTAL DISEASES IN PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE/ SURUNKALI BUYRAK KASALLIGI BO'LGAN BEMORLARDA TAVSIYA ETILGAN TISH KASALLIKLARI DAVOLASH REJIMINING SAMARADORLIGINI TEKSHIRISH.....54

10. Шаханова Ш.Ш., Рахимов Н.М., Корабев Ф.Т.

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ МНОЖЕСТВЕННЫХ ОСТЕОГЕННЫХ МЕТАСТАЗОВ РАКА ПОЧКИ И ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ/ INCREASE THE EFFECTIVENESS OF TREATMENT OF MULTIPLE OSTEOGENIC METASTASES OF KIDNEY AND PROSTATE CANCER/BUYRAK VA PROSTATA BEZI KO'PLAB OSTEOGEN METASTAZLARIDA DAVOLASH SAMARADORLIGINI OSHIRISH.....60

11. Таниш Г. А.

ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА/SUMMARY MAIN CAUSES OF POLYCYSTIC OVARIAN SYNDROME IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE/REPRODUKTIV YOSHIDAGI AYOLLARDA TUXUMDONLARNING POLIKISTOZ SINDROMI KELIB CHIQISHINING ASOSIY SABABLARINI ANIQLASH.....64

12. Умаров З.М., Каттаходжаева М.Х., Сулейманова Н. Ж.

ЗНАЧЕНИЕ ИННОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛОДА/ THE IMPORTANCE OF INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN BREECH PRESENTATION OF THE FETUS/ THE IMPORTANCE OF INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN BREECH PRESENTATION OF THE FETUS/ HOMILA CHANOG'I BILAN OLDINDA KELISHIDA INNOVATSION TEXNOLOGIYALAR AХАМИYATI.....68



УДК 616.61-002.2(075.80)

ISSN: 2181-0990
www.tadqiqot.uz

JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND URO-NEPHROLOGY RESEARCH

ЖУРНАЛ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И УРО-НЕФРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Шавози Наргиза Нуралиевна
Кандидат медицинских наук, доцент
Самаркандский Государственный
Медицинский университет
Самарканд, Узбекистан

Алимова Парвина Баходировна
Клинический ординатор
Самаркандский Государственный
Медицинский университет
Самарканд, Узбекистан

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

For citation: Shavazi Nargiza Nuralievna, Alimova Parvina Bahodirovna, Current aspects of obstetric hemorrhage, Journal of reproductive health and uro-nephrology research. 2022, vol. 3, issue 2. pp.

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.6676179>

Shavazi Nargiza Nuralievna
Candidate of Medical Sciences, Associate Professor
Samarkand State Medical university, Samarkand, Uzbekistan

Alimova Parvina Bahodirovna
Clinical Resident Samarkand State Medical university
Samarkand, Uzbekistan

CURRENT ASPECTS OF OBSTETRIC HEMORRHAGE (LITERATURE REVIEW)

Shavazi Nargiza Nuralievna
Tibbiyot fanlari nomzodi, dotsent
Samarqand davlat tibbiyot universiteti,
Samarqand, O'zbekiston

Alimova Parvina Bahodirovna
Klinik Ordinator Samarqand davlat tibbiyot universiteti,
Samarqand, O'zbekiston

AKUSHERLIK QON KETISHINING ZAMONAVIY JIHATLARI (ADABIYOTLAR TAHLILI)

В статье рассмотрены основные причины акушерских кровотечений. Описаны фоновые заболевания, приводящие к их возникновению. Представлены современные методы лечения массивной кровопотери: медикаментозные, промежуточные (механические), оперативные. Показана эффективность препаратов гидроксиэтилкрахмала по сравнению с другими коллоидными растворами. Приведены показания и противопоказания к: переливанию эритроцитарной массы, тотальной и субтотальной гистерэктомии. Рассмотрены высокоэффективные методы лечения массивной кровопотери: реинфузия эритроцитов, внутриматочная баллонная тампонада, перевязка и эмболизация сосудов, питающих матку. Ключевые слова: массивная кровопотеря, современные методы лечения,

препараты гидроксиэтилкрахмала, эмболизация сосудов. проблема акушерских кровотечений остаётся актуальной в настоящее время. При высоком уровне развития акушерско-гинекологической помощи кровотечения в структуре материнской смертности составляют 20-25 %. По отношению к общему числу родов акушерские кровотечения составляют от 3 до 8%. По данным ВОЗ, ежегодно кровотечения, связанные с беременностью, развиваются у 14 млн. женщин, из них 125-150 тыс. умирают [2,9]. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты и ее предлежание составляют 0,8-0,9% [2,4]. Кесарево сечение увеличивает частоту кровотечений в 3-5 раз по сравнению с самопроизвольными родами [3,4]. В Белоруссии самая высокая частота акушерских кровотечений наблюдалась в 1997 г. — 30,8

случаев на тысячу родов [3,5]. В 2007 г. она составила 18,1 случаев на тысячу родов [3,6]. Кровотечения в раннем послеродовом периоде могут быть обусловлены следующими причинами [1,7, 9]:

- задержкой частей последа в полости матки;
- частичным плотным прикреплением плаценты;
- гипо- и атонией матки с последующей коагулопатией;
- разрывами матки и мягких тканей родовых путей;
- наследственными или приобретенными дефектами гемостаза.

Задержке частей последа в полости матки способствуют преждевременные роды, добавочная доля плаценты. Факторами риска приращения, плотного прикрепления плаценты могут быть перенесенное кесарево сечение, выскабливания полости матки, большое число родов, миома матки, послеродовые кровотечения. Причины, приводящие к развитию гипо- и атонии матки, могут возникнуть как до родов так и во время самих родов. Предрасполагающими факторами, снижающими сократительную способность матки до родов, являются: возраст 30 лет и старше; психические нагрузки, эмоциональные стрессы и перенапряжения; инфантилизм; аномалии развития матки; гиподисфункция яичников. Предрасполагают к развитию гипо- и атонии матки также осложнения предыдущих родов, аборт, вызывающие воспалительные, дистрофические изменения в миометрии. Экстрагенитальные заболевания (патология сердечнососудистой системы, дыхательной системы, почек, печени, заболевания щитовидной железы, сахарный диабет) снижают тонус матки путём нарушения кислотно-основного баланса, функции нервной системы [2,9]. Матка не способна достаточно сократиться при её опухолях, перерастяжении из-за многоплодия, многоводия, крупного плода [2]. Большую роль в развитии гипо- и атонии матки играют осложнения настоящей беременности: гестоз, тазовое предлежание плода, фетоплацентарная недостаточность, угроза прерывания беременности, хориоамнионит, антенатальная гибель плода. Наиболее частыми причинами, приводящими к развитию гипотонии матки, являются следующие: быстрые и стремительные роды, затяжное течение родов, аномалии сократительной деятельности матки. При оперативном родоразрешении частота гипотонических кровотечений увеличивается в 3-5 раз по сравнению с родами через естественные родовые пути. Эмболия околоплодными водами вызывает коагулопатическое кровотечение с последующей гипотонией матки. Амниотическая жидкость содержит тканевую тромбопластин и другие плацентарные субстанции способные лавинообразно активировать систему гемостаза, тем самым вызывая дефицит факторов свёртывания крови. Нерациональное введение утеротонических средств, использование анальгетиков, седативных препаратов, токолитиков способны вызвать снижение тонуса матки. К травме матки и мягких тканей родовых путей predisполагают следующие факторы: извлечение плода за тазовый конец, быстрые роды, низкое расположение плаценты, оперированная матка, травматический разрыв матки во время кесарева сечения, врождённые заболевания соединительной ткани. Среди приобретенных заболеваний системы гемостаза, приводящих к развитию коагулопатических кровотечений, наиболее часто встречаются:

- ДВС-синдром, развитию которому способствуют преэклампсия, эклампсия, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, эмболия околоплодными водами, синдром задержки развития плода, отслойка нормально расположенной плаценты, полное приращение плаценты, септический аборт, заболевания печени, массивные трансфузии;
- HELLP-синдром;
- антифосфолипидный синдром;
- гемолитико-уремический синдром;
- тромбоцитопеническая пурпура;
- септические осложнения. Врождённые дефекты системы гемостаза, приводящие к развитию массивных кровотечений, представлены:
- болезнь Виллебранда;
- тромбоцитопеническая пурпура.

Гипо- и атония матки чаще других причин приводят к развитию массивной кровопотери, что связано с нарушениями в системе коагуляции и фибринолиза [3]. Образующиеся продукты нарушенного гемостаза блокируют рецепторный аппарат матки и миометрий не способен к адекватному сокращению при введении утеротонических средств, что приводит к кровотечению. Каждая четвертая женщина, умирающая в мире от причин, связанных с беременностью и родами, умирает от кровотечения, половина которых обусловлена гипотонией матки [14]. Случаи кровотечений, связанные с данным осложнением, составляют 2-4%. В современном акушерстве выделяют следующие методы остановки кровотечения:

- медикаментозные;
- промежуточные (механические);
- оперативные.

Медикаментозные методы: 1) утеротонические средства (окситоцин, метилэргометрин, протин, артротек, мезопроствол); 2) растворы коллоидов (декстраны, препараты гидроксипропилированного крахмала) 3) свежемороженая плазма; 4) рекомбинантный активированный фактор коагуляции VII (rFVIIa, НовоСэвен); 5) растворы кристаллоидов (ацесоль, дисоль, ионостерил); 6) ауто- и аллотрансфузия эритроцитарной массы; 7) реинфузия эритроцитов с помощью аппарата Cell-saver [1,8]. Промежуточные методы: 1) ручное обследование полости матки с лечебной и диагностической целью; 2) баллонная тампонада [2]. Хирургические методы [2,4]: 1) наложение клемм на параметрий по Бакшееву, Генкуле-Тиканадзе; 2) наложение гемостатических компрессионных швов (по B-Lynch, Перейру, Nauman, Cho); 3) деваскуляризация матки путем перевязки a. iliaca interna, a. uterina, a. ovarica, a. lig. teretis uteris; 4) ангиографическая эмболизация внутренних подвздошных артерий; 5) тотальная или субтотальная гистерэктомия. Медикаментозные методы занимают основное место в лечении акушерских кровотечений, предупреждают развитие патологических процессов в системе гемостаза и исключают необходимость в применении промежуточных и хирургических методов, которые являются дополнительными травмирующими факторами. Медикаментозные методы включают: введение коллоидных растворов (альбумина, протеина, желатиноля, полиглокин, реополиглокин, реомакродекс, ломодекса, гемодекса, препараты на основе гидроксипропилированного крахмала). Основными показаниями для введения альбумина у рожениц являются гипоальбуминемия и гиповолемия.

Дефицит ОЦК альбумин восполняет за счёт интерстициальной жидкости. Для предупреждения дегидратации тканей альбумин вводят одновременно с кристаллоидными растворами. Применение свежемороженой плазмы при коагулопатическом кровотечении сочетается с введением селективных (трансамин, амбен) и/или неселективных (контрикал, гордокс) ингибиторов фибринолиза [2,6]. Следует отметить, что препараты гидроксипропилированного крахмала всё чаще используют в акушерской практике. Препараты гидроксипропилированного крахмала не проникают в интерстициальное пространство и не вызывают отёк тканей и снижение ОЦК [10]. В этом их преимущества перед декстранами. Декстраны снижают функциональную активность тромбоцитов, факторов II, V, VIII [10, 13, 14]. Растворы декстранов способны вызывать повышение вязкости мочи, в результате чего клубочковая фильтрация снижается вплоть до развития анурии [13]. Молекулы гидроксипропилированного крахмала по структуре сходны с гликогеном, поэтому риск побочных эффектов низок (0,0019%) [10,11]. Вводятся кристаллоидные растворы (0,9% р-р NaCl, р-р Рингера с лактатом, хлосоль, ацесоль, дисоль, трисоль, ионостерил). Учитывая депонирование переливаемых растворов во внесосудистом пространстве, необходимо перелить растворов в объёме, превышающем кровопотерю [12,14]. При кровотечении до 30% ОЦК показана инфузия жидкостей в объёме 200% от кровопотери; при потере крови равной 30 – 40% ОЦК – возмещают 220% объёма кровопотери. Если кровотечение превысило 40% ОЦК, то её возмещают в объёме 260% потерянной крови [1,2]. Переливание эритроцитарной массы показано при кровопотере

25-30% ОЦК (1500 мл и более), при гемоглобине менее 65-70 г/л и гематокрите ниже 25% [9]. Трансфузия аллоэритроцитов может осложниться передачей инфекций, возникновением тяжелых гемотрансфузионных осложнений, поэтому для их предупреждения лучше применять аутоэритроциты [3].

Реинфузия аутоэритроцитов на аппарате Cell-saver весьма эффективна при массивных кровотечениях и позволяет отказаться от донорской крови. При реинфузии аутоэритроцитов снижается уровень свободного гемоглобина (уменьшается риск нефротоксичности отмытых эритроцитов), улучшаются показатели коагулограммы, снижается число тромбоэмболических осложнений [14]. Благодаря контакту с воздухом излившейся крови происходит её полная оксигенация. Реинфузия не противопоказана при наличии в брюшной полости антисептических растворов, содержимого кист и кистом. Абсолютно противопоказана реинфузия аутоэритроцитов при наличии в брюшной полости кишечного содержимого, гноя. Данный метод показан при оперативном родоразрешении в случае консервативной миомэктомии во время операции кесарево сечение, варикозном расширении вен матки, гемангиомах органов малого таза, разрыве матки, предлежании плаценты, преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты, многоплодной беременности [10,14]. В настоящее время широко используется препарат «НовоСэвен». Он быстро купирует массивные кровотечения, что снижает посттрансфузионную нагрузку и позволяет отказаться от гистэкртомии [2]. Механизм действия препарата «НовоСэвен» основан на том, что он активирует систему гемостаза в месте повреждения сосудов. rFVIIa образует с тканевым фактором активный комплекс TF-rFVIIa и вызывают синтез тромбина, который активирует весь каскад факторов свертывания и тромбоциты, адгезированные в месте повреждения. В норме процесс синтеза тромбина на тромбоцитарной матрице идет только при наличии физиологических концентраций факторов свертывания. В присутствии фармакологических концентраций rFVIIa на поверхности активированных тромбоцитов происходит прямая активация фактора X и превращение протромбина в тромбин.

Этот процесс осуществляется независимо от наличия тканевого фактора, факторов VIII и IX [4,7]. «НовоСэвен» вводится внутривенно в дозе 60 – 90 мкг/кг. Введение препарата должно быть своевременным на фоне инфузионно-трансфузионной терапии, поскольку развившийся метаболический лактат-ацидоз, гипоксия, на фоне кровотечения и нарушенной гемодинамики, ингибирует действие препарата [5]. E.J.W van Veen et al. сообщают о развитии тромботических осложнений у пациентки, после введения препарата [5,6]. В настоящее время недостаточно данных о побочном действии «НовоСэвен» и его взаимодействии с другими препаратами. Промежуточные методы не являются основными в остановке кровотечения, но они служат переходным этапом между медикаментозными и хирургическими методами. Ручное обследование полости матки проводится с лечебной и диагностической целью, что позволяет определить участки приращения плаценты, разрывы матки [2,8]. Массаж матки на кулаке способствует повышению тонуса матки, но в тоже время в кровь попадает большое количество тромбопластических веществ, что приводит к нарушению гемостаза и усугубляет кровотечение. Поэтому от применения этого метода следует воздерживаться [2,9]. В настоящее время внутриматочный баллон рассматривается как переходный этап, в течение которого можно подготовиться к хирургическому методу остановки кровотечения. Многие авторы указывают на эффективное действие баллона при гипотонических кровотечениях, что в дальнейшем не требовало оперативной остановки кровотечения [11].

Гемостатическое действие баллона обусловлено механическим сдавлением кровоточащих сосудов матки с образованием пристеночных тромбов. Внутриматочный баллон путем механического раздражения вызывает рефлекторное сокращение матки. Преимуществами внутриматочной баллонной тампонады являются простота использования и контроля ситуации, стерильность, атравматичность [12]. Хирургические методы

являются последним этапом остановки кровотечения. Главная задача – это сохранение жизни роженицы без удаления детородного органа. Выполняется лапаротомия с введением утеротонических средств в миометрий. При отсутствии эффекта производится деваскуляризация матки путем наложения зажимов или лигатур на сосудистые пучки маточных и яичниковых артерий. При продолжающемся кровотечении применяют гемостатические компрессионные швы на матку. Перевязка внутренних подвздошных артерий позволяет добиться гемостаза при кровотечениях коагулопатического характера. Эмболизация внутренних подвздошных артерий выполняема не во всех учреждениях, но позволяет отказаться от лапаротомии. При неэффективности выше перечисленных способов выполняется тотальная или субтотальная гистерэктомия. Ишемизация матки путем наложения лигатур на маточные и яичниковые артерии выполняется относительно быстро и легко. При выполнении этого метода возможно повреждение мочеточников, венозного сплетения матки и яичников. Эффективность метода – 20 - 40% [14]. Механизм действия гемостатических компрессионных швов связан со сдавлением сосудов матки, что способствует гемостазу. В настоящее время предложено несколько методик наложения компрессионных швов: В-Lynch, Перейру, Науман, Шо. Преимущества гемостатических компрессионных швов: быстрота применения, отсутствие в необходимости специального инструментария, эффективность в 50% - 87% [14]. Недостатки этого метода: прорезывание швами матки, возможно повреждение венозного сплетения матки, мочеточников, облитерация цервикального канала, образование пиометры, синехий [2,4,13]. При перевязке внутренних подвздошных артерий гемостатический эффект связан с изменением характера и направления кровотока. Уменьшается пульсовое давление, что способствует тромбообразованию [6, 7, 8]. Матка кровоснабжается благодаря анастомозам с ветвями наружной подвздошной артерией. Наличие этих анастомозов иногда, при гипокоагуляции, приводит к неэффективности перевязки а. iliaca interna, что вынуждает прибегать к гистерэктомии.

Эффективность данного метода – 50% - 95% [2]. Возможным осложнением является перевязка мочеточников [2,4]. Эмболизация маточных артерий как и перевязка а.iliaca interna позволяет добиться гемостаза в послеродовой матке. Данный метод требует технических возможностей родовспомогательного учреждения и высококвалифицированных специалистов. Эффективность данного метода – 95% - 97%. По данным литературы репродуктивная и менструальная функции после данной процедуры не нарушаются [3,7]. Недостатки эмболизации маточных артерий: гипертермия, перфорация подвздошной артерии, ишемия ягодичных мышц, ишемия и гангрена мочевого пузыря и матки, отмечено снижение функции яичников [2,9]. К удалению матки следует прибегать при продолжающемся кровотечении и кровопотере более 1500 мл (25-30%). Субтотальная гистерэктомия производится при сформированной шейке матки и отсутствии патологических изменений в системе гемостаза. Тотальная гистерэктомия показана при коагулопатических кровотечениях, т.к. сохраненная шейка матки при субтотальном удалении матки является источником кровотечения [2,9,10].

Техника операции кесарево сечения также влияет на величину кровопотери. Предложено большое количество модификаций данной операции с целью снижения частоты осложнений со стороны матери и плода [2,7]. Для предупреждения развития акушерских кровотечений следует выделять группы риска по развитию этого грозного осложнения. Это беременные, роженицы и родильницы с наследственными нарушениями системы гемостаза, экстрагенитальной патологией, гестозами, многоплодием, хроническим ДВС-синдромом, аномалиями матки, антенатальной гибелью плода [5, 11,14]. Женщинам с данными состояниями следует проводить профилактическое лечение: плазмаферез, нормоволемическую гемодилюцию. Плазмаферез проводят беременным, которым планируется родоразрешение оперативным путём или женщинам группы риска по развитию

кровотечений [10]. Проведение плазмафереза противопоказано при органической патологии сердечно-сосудистой системы, показателях гемоглобина ниже 90 г/л, эритроцитов менее 2,5 млн/мл, тромбоцитопении (ниже 150 x 10⁹ г/л), лейкоцитопении (ниже 3-4 x 10⁹/л), гипопротейнемии (общий белок < 60 г/л, альбумин < 35 г/л), наследственных заболеваний крови, хронической почечной недостаточности с азотемией, печеночной недостаточности, выраженном геморрагическом синдроме [4, 10]. Проводят эксфузию крови в 32-37 нед. беременности с заготовкой за один сеанс около 270-290 мл. плазмы. Восполняют объём забранной плазмы кристаллоидными растворами. Эффективность плазмафереза наблюдается при проведении двух и более сеансов. При плазмаферезе снижается частота патологических кровотечений, гнойно-септических осложнений, объём трансфузий. Улучшаются показатели гемостаза, реологические свойства крови. Увеличивается минутный диурез, скорость клубочковой фильтрации, уменьшается курс антибактериальной терапии [4, 11]. Новорожденные лучше адаптируются к внеутробной жизни при проведении плазмафереза у беременных с гестозом [4].

Многие авторы подчёркивают необходимость дифференциального подхода к проведению плазмафереза. Заготовку аутоплазмы следует проводить женщинам из группы риска по развитию кровотечений с физиологическими изменениями системы гемостаза, характерными для III триместра беременности. Данная процедура не показана при изо- и гипокоагуляции, поскольку такая аутоплазма не оказывает достаточного гемостатического эффекта. У рожениц с гиперкоагуляцией заготовленная плазма применяется в зависимости от показателей гемостазиограммы [4]. Проведение нормоволемической гемодилуции с аутогемотрансфузией позволяет предупредить развитие гиповолемии, снизить риск развития посттрансфузионных осложнений, способствует благоприятному течению послеоперационного периода, не оказывает пагубного влияния на плод и позволяет снизить объём трансфузионной терапии [2,3]. Предлагаемые новые методы лечения кровотечений достаточно эффективны, но требуется разработка критериев для их индивидуального применения в современном практическом акушерстве.

Список литературы:

1. Атласов, В. О. Современные технологии абдоминального родоразрешения в профилактике перинатальной смертности и заболеваемости родильниц / В. О. Атласов, В. В. Абрамченко // Журнал акушерства и женских болезней. 2008. Т. LVII. № 1. С. 80–85.
2. Баркаган, З. С. Органосберегающая технология в терапии массивных маточных кровотечений / З. С. Баркаган [и др.] // Акушерство и гинекология. 2007. № 1. С. 11–13. 3. Бирюкова, Л. С. Три случая осложнений переливания эритроцитарной массы / Л. С. Бирюкова [и др.] // Гематология и трансфузиология. 2008. № 2. С. 50–53.
3. Ветров, В. В. Малообъемный плазмаферез при осложненной беременности с рубцом на матке после кесарева сечения / В. В. Ветров, И. Ф. Федора // Гематология и трансфузиология. 2008. № 3. С. 48–52.
4. Дементьева, И. И. К вопросу о безопасности и эффективности использования активированного фактора VIIa при лечении массивных неконтролируемых кровотечений / И. И. Дементьева [и др.] // Вестник интенсивной терапии. 2005. № 4. С. 84–86.
5. Ищенко, А. А. Тактика ведения пациенток с акушерскими кровотечениями в раннем послеродовом периоде / А. А. Ищенко, А. Д. Липман, Н. С. Трифонова // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2006. Т. 5. № 6. С. 36–40.
6. Ищенко, А. А. Состояние репродуктивной системы женщин после органосохраняющих операций на матке при акушерских кровотечениях / А. А. Ищенко [и др.] // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2009. Т. № 1. С. 45–49. 8. Ищенко, А. И. Органосохраняющие операции на послеродовой матке при гипотонических кровотечениях / А. И. Ищенко [и др.] // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2008. Т. 7. № 3. С. 11–15.
8. Колосков, А. В. Современное представление о показаниях для трансфузии эритроцитарных компонентов крови / А. В. Колосков // Гематология и трансфузиология. 2004. № 6. С. 36–42.
9. Кулаков, В. И. Акушерские кровотечения / В. И. Кулаков [и др.]. М.: «Триада-Х», 1998. 96с.
10. Кулаков, В. И. Интенсивная терапия в акушерстве и гинекологии (эфферентные методы) / В. И. Кулаков [и др.]. М.: Медицинское информационное агентство, 1998. 206 с.: ил.
11. Кулаков, В. И. Анестезия и реанимация в акушерстве и гинекологии / В. И. Кулаков [и др.]. М.: Триада-Х, 2000.
12. Кулаков, В. И. Клиническая трансфузиология в акушерстве, гинекологии и неонатологии / В. И. Кулаков [и др.]. М.: «Триада-Х», 2001. 336 с.
13. Куликов, А. В. Клинические аспекты применения гидроксиэтилкрахмала 130/04 (Волювен) в акушерстве / А. В. Куликов // Вестник интенсивной терапии. 2008. № 1. С. 69–72
14. Marmarinos A, Garoufi A, Panagoulia A, Dimou S, Drakatos A, Paraskakis I, et al. Cystatin-C levels in healthy children and adolescents: Influence of age, gender, body mass index and blood pressure. Clin Biochem. 2016; 49(1): 150-3.

ЖУРНАЛ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И УРО-НЕФРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

ТОМ 3, НОМЕР 2

**JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND
URO-NEPHROLOGY RESEARCH**

VOLUME 3, ISSUE 2

Editorial staff of the journals of www.tadqiqot.uz

Tadqiqot LLC the city of Tashkent,

Amir Temur Street pr.1, House 2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz

Phone: (+998-94) 404-0000

Контакт редакций журналов. www.tadqiqot.uz

ООО Тадqiqot город Ташкент,

улица Амира Темура пр.1, дом-2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz

Тел: (+998-94) 404-0000