

УДК: [616-073.916+616-056.3] (061)
ББК: [53.6+54.1] з-41

**Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П.Л. Шупика
Київ, 2015 р. – 196 с.**

24 випуск збірника наукових праць виходить у вигляді 6 книг. У шостій книзі висвітлені актуальні питання акушерства і гінекології, репродуктивних технологій в лікуванні безпліддя.

Збірник розрахований на акушерів-гінекологів, гінекологів, педіатрів, сімейних лікарів, а також на викладачів вищих навчальних медичних закладів.

Головний редактор: академік НАМН України, професор **Ю.В. Вороненко**

Науковий редактор: д.мед. н., професор **І.С. Зозуля**

Редакційна колегія: **М.Л. Анкін** - д.мед.н., проф.; **Біда** - д.мед.н., проф.; **О.І. Білогорцева** - д.мед.н., проф.; **Г.Ф. Білоклицька** - д.мед.н., проф.; **В.О. Бобров** - член.-кор. НАМН України, проф.; **Н.О. Вепюгнева** - д.мед.н., проф.; **Н.Г. Гойда** - д.мед.н., проф.; **Ю.І. Головченко** - д.мед.н., проф.; **Р.І. Гош** – к.біол.н., с.наук.с.; **Г.І. Герцен** - д.мед.н., проф.; **В.Г. Гетьман** - д.мед.н., проф.; **Л.Л. Давтян** - д.мед.н., проф.; **О.Я. Дзюблик** - д.мед.н., проф.; **М.М. Долженко** - д.мед.н., проф.; **О.Й. Жарінов** - д.мед.н., проф.; **В.А. Загорій** – д.мед.н., проф.; **Ю.П. Зозуля** - академік НАМН України, проф.; **К.М. Ігрунова** - д.мед.н., проф.; **В.К. Казимирко** - д.мед.н., проф.; **А.А. Калашніков** - д.мед.н., проф.; **В.М. Коваленко** - член.-кор. НАМН України, проф.; **О.Є. Коваленко** - д.мед.н., проф.; **І.П. Козярін** - д.мед.н., проф.; **Р.С. Коритнюк** - д.мед.н., проф.; **Г.П. Козинець** - д.мед.н., проф.; **Ю.М. Кондратенко** - д.мед.н., проф.; **Б.П. Криштопа** - д.мед.н., проф.; **Г.І. Лисенко** - д.мед.н., проф.; **В.І. Мамчич** - д.мед.н., проф.; **О.В. Павленко** - д.мед.н., проф.; **Є.Г. Педатченко** - член.-кор. НАМН України, проф.; **М.Є. Поліщук** - член.-кор. НАМН України, проф.; **В.А. Попов** - д.мед.н., проф.; **М.Г. Проданчук** - член.-кор. НАМН України, проф.; **М.С. Пономаренко** - д.мед.н., проф.; **С.О. Риков** - д.мед.н., проф.; **А.П. Радзіховський** - д.мед.н., проф.; **М.М. Сергієнко** - член.-кор. НАМН України, проф.; **О.О. Тимофєєв** - д.мед.н., проф.; **О.В. Ткаченко** - д.мед.н., проф.; **Ю.І. Фещенко** - академік НАМН України, проф.; **Н.В. Харченко** - д.мед.н., проф.; **Н.І. Швець** - д.мед.н., проф.; **Н.М. Шуба** - д.мед.н., проф.

РЕКОМЕНДОВАНО: *Вченою радою Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України, Протокол №6 від 17.06.15 р.*

АТЕСТОВАНО

Вищою атестаційною комісією України, Постанова Президії ВАК України від 10.02.2010 р. № 1-05/1

медичні, фармацевтичні науки

Друкується згідно свідоцтва про внесення суб'єкта видавничої справи до державного реєстру видавців, виготовників і розповсюджувачів видавничої продукції – серія ДК №3617

Видається збірник з 1999 року, **засновник та видавець:** Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика.

Періодичність виходу – чотири рази на рік

Відповідальна за комплектування, редагування та випуск: **Л.В. Сухих**

Комп'ютерне упорядкування та верстка: **А.О. Бондаренко**

Рецензенти: **Ю.П. Вдовиченко** – член.-кор. НАМН України, д.мед.н., професор

Редакційна колегія зберігає авторський текст без істотних змін, звертаючись до коректування в окремих випадках.

Відповідальність за вірогідність фактів, цитат, прізвищ, імен та інших даних несуть автори.

ISSN 2227-7404

© Національна медична академія
післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, 2015

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ
ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ імені П.Л. ШУПИКА

ЗБІРНИК НАУКОВИХ ПРАЦЬ СПІВРОБІТНИКІВ НМАПО імені П.Л. Шупика

ВИПУСК 24

КНИГА 6

(Частина 2)

Київ – 2015

ЗМІСТ

ІНТЕНСИВНА ТЕРАПІЯ ТА АНЕСТЕЗІОЛОГІЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ В АКУШЕРСТВІ

Снижение частоты постпункционной головной боли при помощи иглы Пенкан <i>Р.А. Ткаченко, Е.В. Грижимальский</i>	10
Концентрат протромбинового комплекса (КПК) в комплексной терапии коагулопатии потребления на фоне HELLP-синдрома <i>Р.А. Ткаченко, В.В. Белая, С.А. Мазманишвили, В.П. Лакатош, О.Б. Маланчук</i>	14
Акушерские коагулопатические кровотечения. Методы профилактики и лечения <i>Ю.А. Дубоссарская, В.В. Лебедюк</i>	20
Инфузийна терапія у вагітних з тяжким перебігом гострої респіраторної вірусної інфекції та грипу <i>О.Ю. Хоменко, Р.О. Ткаченко, М.М. Пилипенко</i>	27
Хірургічне лікування прогресуючої варикозної хвороби нижніх кінцівок у вагітних <i>В.М. Антонюк-Кисіль, В.М. Єнікеєва, С.І. Лічнер, В.М. Липний, І.М. Вовк</i>	37
Імунні зміни у новонароджених із гастроінтестинальною недостатністю, які потребують інтенсивної терапії <i>Д.А. Холод, Д.А. Шкурупій</i>	43
Деякі аспекти немедикаментозної корекції метаболічних порушень у вагітних <i>В.В. Корсак, І.І. Пацкань</i>	48
Внутрішньочеревні кровотечі після гінекологічних та акушерських втручань – роль судинного хірурга <i>В.М. Антонюк-Кисіль, В.М. Єнікеєва, С.І. Лічнер, В.М. Липний, Ж.М. Тимошук</i>	53
Аналіз факторів ризику істміко-цервікальної недостатності <i>Г.В. Чайка, І.В. Олексієнко</i>	58
Вплив різних варіантів інфузійної терапії при кесаревому розтині на стан електrolітного та кислотного-основного складу плазми крові <i>Р.О. Ткаченко, Є.В. Гріжимальський</i>	63
Спинальная анальгезия родов. Опыт применения <i>А.Ф. Ткачуковский, С.Ю. Рямушкина, Л.А. Иванченко</i>	71

Влияние методов анестезии кесарева сечения на когнитивные функции родильниц <i>А.О. Волков, Е.Н. Клигуненко</i>	75
Особенности инфузионно-трансфузионной терапии у родильниц с преэклампсией тяжелой степени <i>В.И. Черный, Е.А. Бернадинер</i>	80
Причини «тяжких дихальних шляхів» в акушерській анестезіології <i>В.А. Ціома, О.О. Буднюк</i>	85
Нові підходи до профілактики та лікування акушерських кровотеч із застосуванням терліпресину <i>Г.І. Резніченко, Ю.М. Бессарабов, Г.В. Головка, В.Ю. Потебня</i>	90
Новітні освітні технології професійного вдосконалення лікарів при невідкладних станах в акушерстві <i>В.В. Артьоменко, Л.І. Берлінська, М.П. Первак, С.С. Семченко</i>	94
Питання виношування вагітності у жінок, хворих на ВІЛ-асоційований туберкульоз <i>Т.Л. Габорець</i>	99
Оцінювання різних методів профілактики та лікування артеріальної гіпотензії при кесаревому розтині в умовах спінальної анестезії <i>Р.О. Ткаченко, В.В. Петриченко</i>	105
Інноваційні методи навчання анестезіологів виконанню практичних навичок при лікуванні невідкладних станів в акушерстві <i>В.В. Артьоменко, В.М. Носенко, Д.Ф. Караконстантин, Д.А. Новіков</i>	112
Анестезиологическое обеспечение оперативного родоразрешения пациентки с синдромом Арнольда–Киари I типа (клинический случай) <i>В.В. Базовкин, О.Н. Горбачева, В.В. Малюк, А.Ф. Подыма</i>	117
Сучасні методи корекції істміко-цервікальної недостатності <i>М.О. Щербина, Му'авія Салем Насер Альмарадат</i>	122
Тромбоэластография в диагностике и лечении коагулопатий беременных и ассоциированных акушерских синдромов <i>М.В. Макаренко, Д.А. Говсеев, И.И. Скирда</i>	125
Об эффективности рестриктивного типа восполнения острой акушерской кровопотери <i>Е.Н. Клигуненко, В.А. Сединкин</i>	136

Акушерские коагулопатические кровотечения. Методы профилактики и лечения

Ю.А. Дубоссарская, В.В. Лебедюк

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

Знания и прогнозирование геморрагических осложнений, их ранняя профилактика – главное оружие против «смерти».

Макацария А.Д.

Полученные результаты исследования свидетельствуют об эффективности проведения профилактики коагулопатических кровотечений во время беременности у женщин с заболеваниями печени путем назначения гепатопротекторов. В тех случаях, когда гепатодепрессивный синдром прогрессировал и послеродовой период осложнялся коагулопатическим кровотечением, проведение заместительной терапии концентратом факторов протромбинового комплекса является наиболее целесообразным.

Ключевые слова: коагулопатические кровотечения, заболевания печени, профилактика, Энерлив, Октаплекс.

Отсутствие существенного снижения частоты акушерских кровотечений в настоящее время в немалой степени может быть связано с методами их прогнозирования и профилактики [5].

Акушерские кровотечения нередко возникают из-за нарушения гемокоагуляционных свойств крови. При сравнительно небольшой кровопотере (20% ОЦК) нередко можно констатировать двухфазность изменений в системе гемостаза. Кратковременная фаза гиперкоагуляции сменяется фазой гипокоагуляции. На этом фоне возникают генерализованные кровотечения при одновременном развитии синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания (ДВС). Возникающее в начальной фазе кровотечения внутрисосудистое свертывание (коагулопатия потребления) приводит к гипофибриногенемии и вторичному фибринолизу [7].

Однако все традиционно использовавшиеся методы борьбы с акушерскими коагулопатическими кровотечениями, к сожалению, не могут гарантировать однозначной остановки кровотечения.

Врач акушер-гинеколог должен не только досконально знать алгоритм действий при развитии акушерских кровотечений, но, и что не менее важно, учитывать факторы риска и пути их возможной профилактики.

Знания акушеров-гинекологов (клиницистов) должны выходить за пределы данной специальности, охватывать смежные области медицины, что обеспечит

междисциплинарный подход и более широкий взгляд на современные проблемы акушерства.

В соответствии с приказом МЗ Украины № 205 «Акушерские кровотечения» клиническим фактором риска развития кровотечений, связанных с нарушением коагуляции, являются наследственные коагулопатии и заболевания печени [4].

Роль печени в поддержании адекватного функционирования системы гемокоагуляции трудно переоценить. Заболевания печени – одна из причин массивных послеродовых кровотечений. Гепатиты, циррозы, острая жировая дистрофия печени – одни из причин коагулопатии, так как факторы свертывания и естественные антикоагулянты синтезируются в печени. Поэтому пациенты с заболеваниями печени (гепатиты, циррозы) представляют группу высокого риска развития геморрагических и тромботических осложнений [9, 10].

В печени синтезируется витамин К-зависимый комплекс факторов свертывания (II, VII, IX, X), лабильный фактор V, фактор VIII, контактные факторы XI и XII, фибриноген и фибринстабилизирующий фактор XIII.

В печени происходит также разрушение активированных факторов свертывания и фибринолитических ферментов. Недостаточное разрушение активированных факторов свертывания при болезнях печени может стать причиной ДВС-синдрома. Нарушение распада фибринолитических ферментов иногда приводит к избыточному фибринолизу.

Период полураспада этих субстанций очень короткий, поэтому при остром некрозе гепатоцитов может очень быстро происходить снижение их уровня. При циррозе имеются множественные дефекты в системе гемостаза, конечным результатом развития которых является гипокоагуляция [11, 12].

К сожалению, большинство акушеров считают основной причиной акушерских кровотечений гипотонию матки.

Однако многие авторы придерживаются мнения, что эта причина может служить основной только в случаях кровотечений средней степени тяжести, которые могут быть легко остановлены и не являются причиной геморрагического шока и летального исхода. Жизнеугрожающие состояния возникают вследствие кровотечений, которые первично являются коагулопатическими, и их лечение, как правило, бывает сложным.

Но в случае выявленной первичной коагулопатии профилактика массивного акушерского кровотечения может быть осуществлена до родов или кесарева сечения [6,9].

Согласно приказу МЗ Украины № 676 от 31.12.2004 в комплексное лечение беременных с хроническим гепатитом необходимо включать эссенциальные фосфолипиды (ЭФЛ). На сегодняшний день целесообразность применения гепатопротекторных препаратов в акушерско-гинекологической практике уже не вызывает сомнений и является клинически оправданной. В литературе имеются данные о применении ЭФЛ с целью терапии и даже профилактики преэклампсии различной степени тяжести [3].

Практика подтверждает эффективность и безопасность использования препарата Энерлив, который содержит 76% фосфатидилхолина – основного компонента клеточных мембран. Фармтехнологами были максимально учтены требования без-

опасности: в отличие от других препаратов на основе ЭФЛ в составе Энерлива отсутствуют красящие компоненты (E171 и E172), а также стабилизаторы (E487) [3].

Все это придает препарату Энерлив дополнительные преимущества сразу по трем ключевым параметрам:

- эффективность действия – максимальная сохранность ЭФЛ за счет бескислородной технологии производства и оптимальных условий доставки в организм действующего вещества закономерно повышают эффективность терапии;
- безопасность: Энерлив – это препарат, максимально свободный от посторонних химических соединений, что обеспечивает оптимальную переносимость при любом сроке применения и позволяет назначать беременным;
- дополнительное холестеринснижающее действие: оказывая помимо гепатопротекторного, еще и холестеринснижающее действие.

С целью лечения коагулопатических кровотечений пациенты с заболеваниями печени должны получать заместительную терапию факторами свертывания, препаратами свежезамороженной плазмы (СЗП) во второй период родов и в ранний послеродовой период. Более эффективным является проведение лечения концентратами факторов свертывания [2, 6, 11, 13].

Для снижения перенагрузки объемом, анафилаксии и TRALI-синдрома трансфузия СЗП может быть заменена введением плазматических факторов свертывания крови, к которым относится концентрат протромбинового комплекса (КПК) – Октаплекс. Фактически Октаплекс представляет собой концентрат СЗП, но со строго дозированным набором факторов свертывания. По содержанию факторов свертывания 3 флакона Октаплекса (60 мл) эквивалентные 1,5–2 л СЗП [8].

Таблица 1

Сравнительная характеристика СЗП и КПК

СЗП	КПК (ОКТАПЛЕКС)
Необходим выбор групповой принадлежности	Отсутствие групповой принадлежности
Необходимы большие объемы для переливания (минимум 15 мл/кг – 1000 мл)	Малый объем (40-80 мл)
Длительность инфузии более 1 ч	Быстрая инфузия - 15-20 минут
Различный состав факторов свертывания	Стандартный состав факторов свертывания (1:1:1:1 - FII, FVII, FIX, FX)
Непредсказуемый эффект	Предсказуемый эффект
Медленный процесс достижения МНС (Международное нормализованное соотношение)	Быстрое достижение эффекта (10 мин)
Нет гарантированной вирусной инактивации	Гарантированная вирусная инактивация
Риск посттрансфузионных реакций: TRALI, анафилаксия	Минимальный риск трансфузионных реакций

Поскольку время жизни факторов свертывания в крови гораздо короче времени жизни других белков, синтезируемых в печени, результаты лабораторных тестов, определяющих свертываемость крови и активность специфических факторов свертывания, дают наиболее точное представление о синтетической активности клеток печени.

Принимая во внимание серьезность вовлечения печени в патологический процесс при осложнениях беременности, становится актуальным вопрос стандартизации гемостазиологических критериев патологии гепатоцита в акушерстве. С этой целью необходим контроль гепатодепрессивного синдрома (ГДС) с I триместра беременности на основании скринингового исследования системы гемостаза, ориентированного на имеющееся в арсенале лечебных учреждений лабораторно-диагностическое оборудование [1].

Нарушение гемостатического баланса может не выявляться рутинными тестами.

Целью исследования: изучение эффективности использования гепатопротекторов во время беременности для профилактики и концентрата факторов свертывания в послеродовой период у беременных с заболеваниями печени для лечения коагулопатических кровотечений.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для достижения поставленной цели обследованы 30 беременных с заболеваниями печени, которые вошли в группу риска развития коагулопатических кровотечений, согласно приказу МЗ Украины № 205 от 24.03.2015 «Акушерские кровотечения» по поводу хронического вирусного гепатита.

Основная группа состояла из 15 (50%) беременных, вошедших в группу риска по развитию коагулопатических кровотечений, у которых с профилактической целью применяли гепатопротектор – Энерлив и с лечебной целью концентрат протромбинового комплекса – Октаплекс; в контрольную группу вошли 15 (50%) беременных группы риска по развитию коагулопатических кровотечений, без применения профилактических мер.

В основной группе проводили скрининговое гемостазиологическое обследование беременных с I триместра, при этом на основе информативных показателей системы гемостаза – количества тромбоцитов, фибриногена, активированного частичного тромбопластинового времени определяли прогностический показатель в виде дискриминантной функции S по формуле $S=0,024 D1+0,890 D2 - 0,071 D3 - 5,531$, где D1 – количество тромбоцитов в венозной крови ($10^9/л$), D2 – уровень фибриногена сыворотки крови (г/л), D3 – активированное частичное тромбопластиновое время (с).

При значении S менее 0 ($S<0$) прогнозировали вероятность развития ГДС во время беременности, а при S более 0 ($S>0$) прогнозировали физиологическую адаптацию гепатоцеллюлярной системы к развивающейся беременности.

Для профилактики коагулопатических кровотечений беременным с заболеваниями печени при вероятности развития ГДС ($S<0$) в 18–22 и 32–36 нед беременности назначали гепатопротектор Энерлив по 2 капсулы три раза в день во время приема пищи, запивая небольшим количеством жидкости [9].

Таблиця 2

Расчет дозы Октаплекса в зависимости от показателей МНО

Начальный уровень МНО	2-2,5	2,5-3	3-3,5	>3,5
Рекомендуемая доза (мл Октаплекс / кг массы тела)	0,9-1,3	1,3-1,6	1,6-1,9	>1,9

В 36–37 нед беременности проводили контрольное исследование ГДС и при показателях $S < 0$, для лечения развившегося коагулопатического кровотечения в послеродовой период рекомендовали проведение заместительной терапии факторами свертывания путем переливания КПК – Октаплекса под контролем МНО.

Эффективность профилактики коагулопатических кровотечений подтверждалась учетом послеродовой кровопотери гравиметрическим методом.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Из 15 обследуемых беременных основной группы, с заболеваниями печени ГДС с прогностическим показателем в виде дискриминантной функции S (при его значении менее 0) выявлен у 11 (73%) беременных. Всем 11 беременным с ГДС в 18–22 и 32–36 нед беременности назначали гепатопротектор Энерлив по 2 капсулы три раза в день во время приема пищи.

Контрольное исследование основной группы по развитию ГДС, после проведенной гепатопротекторной терапии, показало положительные показатели ($S < 0$) у 4 (36,3%) беременных. Данным беременным было рекомендовано в ранний послеродовой период, при патологической кровопотере, не дожидаясь массивной кровопотери провести переливание КПК Октаплекса, доза которого зависела от показателя МНО (нормальные показатели – 0,8–1,2).

В послеродовой период из 4 беременных с ГДС МНО было повышено у 2 родильниц (2,8 и 3,2 соответственно), послеродовой период которых осложнился коагулопатическим кровотечением, в связи с чем с лечебной целью им была проведена инфузия КПК – Октаплекса 500 ЕД.

Результаты учета послеродовой кровопотери в основной группе: из 15 беременных с патологией печени и развитием ГДС, которым проводили профилактику коагулопатических кровотечений во время беременности и эффективная коррекция коагулопатии в послеродовой период патологическая кровопотеря выявлена у 4 (26,7%) родильниц, кровопотеря составила $860,00 \pm 56$ мл.

При учете послеродовой кровопотери в контрольной группе из 15 беременных с патологией печени, которым не проводили профилактику коагулопатических кровотечений, патологическая кровопотеря выявлена у 8 (53%) родильниц, причем 3 случая сопровождались массивным кровотечением (кровопотеря составила 1800; 2150 и 2700 мл), 1 случай закончился экстирпацией матки.

Полученные результаты свидетельствуют об эффективности применения комплексного подхода к проблеме коагулопатических кровотечений. У беременных, которые получали профилактическую терапию с применением гепатопротектора Энерлив во время беременности, частота развития ГДС снизилась на 36,7% (с 11 до 4).

Данное снижение ГДС в основной группе обусловлено гепатопротекторным действием Энерлива, которое способствовало восстановлению синтетической функции

(активации синтеза прокоагулянтов протромбинового комплекса), а также дезинтоксикационной функции печени, что вызывало разрушение активированных факторов свертывания и фибринолитических ферментов при развитии кровотечения.

В тех случаях, когда ГДС прогрессировал, наиболее эффективным и своевременным методом лечения коагулопатических кровотечений явилось проведение заместительной терапии факторами свертывания путем переливания КПК – Октаплекса, что подтверждено снижением величины кровопотери в основной группе и отсутствием массивных кровопотерь в сравнении с контрольной группой.

ВЫВОДЫ

1. Дисфункция печени играет одну из ключевых ролей в развитии геморрагических осложнений. Пациенты с заболеваниями печени (гепатиты, циррозы) представляют группу высокого риска по развитию коагулопатических кровотечений.

2. В работе установлено, что динамическое исследование системы гемостаза у беременных с заболеваниями печени позволяет выявить срыв компенсации гемостаза и реальную угрозу развития коагулопатического кровотечения.

3. В соответствии с полученными данными у беременных с заболеваниями печени, которые входят в группу риска по развитию коагулопатических кровотечений, применение с профилактической целью гепатопротектора Энерлива во время беременности и проведение заместительной терапии концентратом протромбинового комплекса – Октаплексом в послеродовой период при развившемся кровотечении является весьма перспективным.

**Акушерські коагулопатичні кровотечі. Принципи прогнозування, профілактики та лікування
Ю.О. Дубоссарська, В.В. Лебедюк**

Отримані результати свідчать про ефективність проведення профілактики коагулопатичних кровотеч під час вагітності у жінок із захворюваннями печінки шляхом призначення гепатопротекторів. У тих випадках, коли гепатодепресивний синдром прогресував і післяпологовий період ускладнювався коагулопатичною кровотечею, проведення замісної терапії концентратом факторів протромбінового комплексу є найбільш доцільним.

Ключові слова: коагулопатичні кровотечі, захворювання печінки, профілактика, Энерлив, Октаплекс.

**Coagulopathies obstetric bleeding. Principles of forecasting, prevention and treatment
Y.A. Dubosarska, V.V. Lebedyk**

The results obtained showed the effectiveness of prevention coagulopathies bleeding during pregnancy in women with liver disease by prescribing medications. In cases where hepatodepressive syndrome progressed, and poslerodovm period was complicated by coagulopathies bleeding, replacement therapy by the concentrate of the prothrombin complex factors is the most appropriate.

Key words: coagulopathies bleeding, liver disease, prevention, enerlin, oktapleks.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Атаянц К.М. Способ прогнозирования гепатодепрессивного синдрома у пациенток акушерского профиля. /Атаянц К.М., Севастьянова О.Ю., Юрченко Л.Н., Королева С.В., Мазуров А.Д. //Номер патента: 2184975. Заявитель: Уральский НИИ охраны материнства и младенчества.
2. Кулаков В.Н. Клиническая трансфузиология в акушерстве, гинекологии и неонатологии /Кулаков В.Н., Серов В.Н., Абубакирова А.М. // М.: Триада-Х, 2001. — С. 336.
3. Медведь В.И. Эссенциальные фосфолипиды и их лечебно-профилактические возможности в акушерстве / Медведь В.И., А.С. Богданова, И.Н. Грицай. //Здоровье женщины, 2012. — № 9. — С. 13–19.
4. Приказ МЗ Украины № 205 от 24.03.2015 «Акушерские кровотечения».
5. Репина М.А. Коррекция нарушений гемостаза при беременности, осложненной гестозом / Репина М.А., Корзо Т.М., Папаян Л.П., Красовская Г.А., Сумская Г.Ф. //Акуш. и гин. — 1998. — № 5. — С. 45.
6. Серов В.Н. Тромботические и геморрагические осложнения в акушерстве. /Серов В.Н., А.Д. Макацария // М., 2004. — С. 288.
7. Ткаченко Р.А. Опыт применения рекомбинантного активированного фактора VII при жизнеугрожающих послеродовых кровотечениях /Ткаченко Р.А., Никитенко В.С. // Біль, знеболювання і інтенсивна терапія. — 2010. — № 2. — С. 230–231.
8. Ткаченко Р.А. Комплексная интенсивная терапия массивного коагулопатического кровотечения в акушерстве / Ткаченко Р.А. //Медицинские аспекты здоровья женщины. — 2013. — № 8. — С. 6–11.
9. Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных / М.М. Шехтман // М.: Триада. — 2005. — С. 816.
10. Rizvi F. Successful reduction of massive postpartum haemorrhage by use of guidelines and staff education / Rizvi F., Mackey R., Barrett T., McKenna P., Geary M. // Obstet. Gynecol. — 2004. — № 111. — С. 5–8.
11. Kadir R.A. Is primary postpartum haemorrhage a good predictor of inherited bleeding disorders? / Kadir R.A., Kingman C.E., Chi C. et al. // Haemophilia. — 2007; 13: 178.
12. McCormick M.L. Preventing postpartum hemorrhage in low-resource settings. /McCormick M.L., Sanghvi H.C.G., Kinzie B., McIntosh N // International Journal of Gynecology Obstetrics. — 2002; 77: 267–275.
13. Bouwmeester F.W. Successful treatment of life-threatening postpartum hemorrhage with recombinant activated factor VII. /Bouwmeester F.W., Jonkhoff A.R., Verheijen R.H., van Geijn H.P. // Obstet. Gynecol. — 2003; 101: 1174–6.

УДК 616-08-035, 616-035.1

Інфузійна терапія у вагітних з тяжким перебігом гострої респіраторної вірусної інфекції та грипу

О.Ю. Хоменко¹, Р.О. Ткаченко², М.М. Пилипенко²

¹Київський міський центр репродуктивної та перинатальної медицини

²Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

У вагітних з гострим респіраторним дистрес-синдромом (ГРДС), який нерідко виникає на фоні гострої респіраторної вірусної інфекції (ГРВІ), інфузійна терапія все ще проводиться емпірично і не базується на належних наукових доказах. Метою нашого дослідження було визначити роль інфузійної терапії у вагітних з тяжким перебігом ГРВІ та грипу. Для цього був проведений аналіз літературних джерел, присвячених інфузійній терапії у пацієнтів з ГРДС та у пацієнтів з грипом А (H1N1). Також було досліджено історії хвороб 49 вагітних, що померли в Україні під час епідемії грипу А (H1N1) та 26 історій вагітних, що лікувались у відділенні інтенсивної терапії з приводу тяжкого перебігу ГРВІ та грипу на базі Київського міського центру репродуктивної та перинатальної медицини (КЦРПМ) за період 2009–2014 рр. та вижили. Було визначено, що пацієнтки, що померли, отримували достовірно більший об'єм інфузії в кожен з перших п'яти днів лікування у відділенні інтенсивної терапії (ВІТ) в порівнянні з пацієнтками, що вижили. Також об'єм інфузії у пацієнок групи померлих достовірно збільшувався від 1-ї до 5-ї доби (з 866,3±578,6 до 1263,75±1019,9 мл (t=-2,16; p<0,05)), в той час як в групі пацієнок, що вижили, він достовірно не змінювався. За нашими даними, рестриктивний тип інфузійної терапії в об'ємі близько 500 мл/добу з ентральним введенням рідини до 2500 мл/добу є ефективним та безпечним для даної категорії пацієнтів.

Ключові слова: інфузійна терапія, вагітність, гострий респіраторний дистрес-синдром, грип А (H1N1).

Протягом періоду з жовтня 2009 року по березень 2010 р. в Україні відбулася епідемія грипу А (H1N1). За даними МОЗ в цей період захворіли понад 5 619 500 осіб, померло 1128 хворих. Серед тих, що захворіли було 319 032 вагітних. Материнська смертність від грипу та його ускладнень склала 7,53% від загальної кількості померлих (85 вагітних). За даними Ferguson та співавт., (2007) гострий респіраторний дистрес-синдром (ГРДС) частіше розвивається у пацієнтів з первинно легеневою патологією, ніж з позалегеневою, хоча найпотужнішим фактором розвитку ГРДС залишається шок [5]. Кожісіє зі співавт., (2012) показали, що серед пацієнтів з пневмонією, розвиток гострого пошкодження легень залежить від збудника, який дану пневмонію викликав [7]. За даними Г.І. Губіної-Вакулик та