

анализе установлено, что с частотой абортот отрицательно коррелировали коэффициенты общей и суммарной рождаемости, общей плодовитости, доля нормальных родов и показатель естественного прироста. Увеличение общего числа абортот статистически значимо сопровождалось увеличением мертворождаемости. Показатели материнской и младенческой смертности, преждевременных родов, кровотечений в послеродовом и послеродовом периодах положительно коррелировали с частотой абортот (табл.3).

Заключение. Таким образом, анализ динамики и структуры, официально зарегистрированных абортот выявил, что наблюдаемое снижение числа абортот сопровождается трансформацией их структуры в 1990-е гг. Высокая распространенность самопроизвольного прерывания беременности определяет значимость этой патологии в снижении репродуктивного потенциала населения.

Результаты проведенного корреляционного анализа подтверждают влияние репродуктивного поведения и здоровья женщин на демографи-

ческие процессы в Республике Саха (Якутия).

Литература

1. Бурдули Г.М. Причины и технология анализа репродуктивных потерь / Г.М. Бурдули, О.Г. Фролова. – М., 2008. – 128 с.
2. Burduli G.M. Causes and technology of analysis of reproductive losses / G.M. Burduli, O.G. Frolova. – M., 2008. – 128 p.
3. Бушмелева Н.Н. Репродуктивные потери и пути их снижения в регион (на примере Удмуртской Республики) [Электронный ресурс] // Н.Н. Бушмелева // Социальные аспекты здоровья населения. – 2014. – №4 (38). – Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/596/30/lang.ru/>.
4. Bushmeleva N.N. Reproductive losses and ways to reduce them in the region (the Udmurt Republic as an example) [Electronic resource] // N.N. Bushmeleva // Social Aspects of Population Health. – 2014. – №4 (38). – Access mode: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/596/30/lang.ru/>.
5. Полунина Н.В. Итоги реализации национального проекта «Здоровье» в детских амбулаторно-поликлинических учреждениях / Н.В. Полунина, В.В. Полунина, Л.В. Кудряшова, В.Н. Авсаджанишвили // Педиатрия. – 2012. – №3. – С. 21-26.
6. Polunina N.V. Results of the national project «Health» implementation in children's outpatient hospitals / N.V. Polunina, V.V. Polunina, L.V. Kudryashova, V.N. Avsadzhanishvili // Pediatrics. – 2012. – №3. – P. 21-26.

dryashova, V.N. Avsadzhanishvili // Pediatrics. – 2012. – №3. – P. 21-26.

4. Стародубов В.И. Репродуктивные потери как медико-социальная проблема демографического развития России [Электронный ресурс] / В.И. Стародубов, Л.П. Суханова, Ю.Г. Сыченков // Социальные аспекты здоровья населения. – 2014. – №4 (38). – Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/367/30/>.

Starodubov V.I. Reproductive losses as a medical and social problem in the demographic development of Russia [Electronic resource] / V.I. Starodubov, L.P. Sukhanova, Yu.G. Sychenkov // Social Aspects of Population Health. – 2014. – No.4 (38). – Access mode: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/367/30/>.

5. Фролова О.Г. Пренатальная диагностика – важнейшая задача региональных программ модернизации здравоохранения / О.Г. Фролова, Л.П. Суханова, В.Ф. Волчина, Т.К. Гребенник // Акушерство и гинекология. – 2012. – №5. – С. 75-78.

Frolova O.G. Prenatal diagnosis as the most important task of regional programs of healthcare modernization / O.G. Frolova, L.P. Suhanova, V.F. Volgina, T.K. Grebennik // Obstetrics and gynecology. – 2012. – № 5. – P. 75-78.

6. Цыбульская И.С. Медико-социальные аспекты формирования здоровья детей / И.С. Цыбульская. – Тверь: ООО «Тверская городская типография», 2013. – 288 с.

Tsybul'skaya I.S. Medical and social aspects of children's health formation / I.S. Tsybul'skaya. – Tver: LLC «Tver City Printery», 2013. – 288 p.

М.Б. Куцый, М.С. Карасев, Н.Ю. Владимирова, В.С. Гороховский, И.А. Стадникова, Н.В. Гришина, А.Г. Серебренников ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ ЕВРОПЕЙСКОГО ПРОТОКОЛА МАССИВНОЙ КРОВОПОТЕРИ ПРИ ОПЕРАТИВНОМ РОДОРАЗРЕШЕНИИ У ЖЕНЩИН С ВРАЩЕНИЕМ ПЛАЦЕНТЫ

DOI 10.25789/YMJ.2018.63.34

УДК: 618.36-007.274: 618.5-089.888.61

В статье отражен опыт трансфузионной терапии массивной акушерской кровопотери при операции кесарево сечение у женщин с вращением плаценты в период с 2016 по 2018 г. Представлен сравнительный анализ применяемых компонентов и препаратов крови по годам. Сравнительный анализ показал, что внедрение Европейского протокола массивной кровопотери позволяет добиться снижения среднего объема кровопотери, сокращения послеоперационных трансфузий, частоты проведения послеоперационной ИВЛ, а также сокращения времени пребывания пациенток в отделении реанимации.

Ключевые слова: массивная кровопотеря, акушерство, инфузионно-трансфузионная терапия.

The article reflects the experience of transfusion therapy in major obstetric bleeding during cesarean section among women with placenta percreta from 2016 to 2018. A comparative analysis of the applied blood components and blood products is presented in the article. The analysis has shown that integration of The European guidelines on management of major bleeding allows decreasing of the average volume of blood loss, reducing postoperative transfusions, reducing the frequency of postoperative mechanical ventilation, as well as reducing the time of stay in the resuscitation department.

Keywords: massive hemorrhage, obstetrics, infusion-transfusion therapy.

КГБУЗ «Перинатальный центр» Хабаровского края: **КУЦЫЙ Михаил Борисович** – к.м.н., доцент, зав. отд., mkutsyy@gmail.com, **КАРАСЕВ Михаил Сергеевич** – врач анестезиолог-реаниматолог, аспирант ФГБОУ ВО ДВГМУ МЗ РФ, fishop@mail.ru, **ВЛАДИМИРОВА Наталья Юрьевна** – д.м.н., проф., зам. гл. врача, проф. КГБОУ ДПО ИПКЗ, **СТАДНИКОВА Ирина Андреевна** – врач трансфузиолог, **ГРИШИНА Нина Викторовна** – врач анестезиолог-реаниматолог, nina.grishina1954@gmail.com, **СЕРЕБРЕННИКОВ Артур Геннадьевич** – врач анестезиолог-реаниматолог, **ГОРОХОВСКИЙ Вадим Семенович** – к.м.н., доцент, зав. кафедрой ДВГМУ МЗ РФ.

Введение. Несмотря на интенсивное развитие медицинских технологий, материнская смертность в мире продолжает оставаться недопустимо высокой. Ежедневно от осложнений, связанных с беременностью или родами, умирает около 830 женщин в мире [2]. По оценкам ВОЗ, в 2015 г. примерно 303 000 женщин умерли во время и после беременности и родов [3].

Женщины умирают в результате развития осложнений во время и после беременности и родов, большинство из этих осложнений предотвратимы. Основным осложнением, приводящим к материнской смертности, является массивная кровопотеря [4]. Одним из основных факторов риска массивной кровопотери является вращение плаценты [1].

Таблица 1

Частота осложнений массивной кровопотери по годам

	2016	2017	2018
Длительность послеоперационного пребывания в РАО, сут	4,2	3,1	1,3
Послеоперационная ИВЛ, всего (%)	3 (33,3)	1 (11,1)	0
Использование норадреналина во время операции, всего (%)	7 (77,8)	5 (55,6)	2 (22,2)
Использование норадреналина после операции, всего (%)	3 (33,3)	2 (22,2)	0
Послеоперационная ЗПТ, всего (%)	3 (33,3)	1 (11,1)	0
Послеоперационные трансфузии, всего пациенток (%)	5 (55,6)	3 (33,3)	0

Массивную кровопотерю зачастую невозможно предсказать и зачастую невозможно контролировать, поэтому инфузионно-трансфузионная терапия при массивных кровотечениях во многом определяет успешность лечения пациенток с вращением плаценты.

Цель исследования – снижение количества осложнений, связанных с инфузионно-трансфузионной терапией массивной кровопотери у женщин с вращением плаценты при операции кесарево сечение.

Материалы и методы исследования. В период 2016-2018 гг. в КГБУЗ «Перинатальный центр» Хабаровского края было прооперировано 27 пациенток с вращением плаценты (по 9 пациенток в год). Операция кесарево сечение проводилась на сроке 37 недель беременности. У всех пациенток была выполнена тотальная гистерэктомия. Во время операции всем пациенткам проводилась общая комбинированная анестезия с интубацией трахеи и ИВЛ. Операция у всех пациенток сопровождалась массивной акушерской кровопотерей, превышающей 40% объема циркулирующей крови (ОЦК).

Комплекс предоперационного обследования включал общеклинические анализы, ультразвуковое исследование матки, магнитно-резонансную томографию матки, осмотр специалистов.

Комплекс предоперационной подготовки включал: у женщин с сопутствующей железодефицитной анемией – парентеральное введение железа. При отсутствии противопоказаний осуществлялась заготовка аутоплазмы.

Интраоперационно всем пациенткам проводилась аппаратная реинфузия отмытых аутоэритроцитов (при отсутствии противопоказаний к использованию метода).

Инфузионно-трансфузионная терапия при этом изменялась каждый год. В 2018 г. трансфузионная терапия осуществлялась согласно Европейскому протоколу массивной кровопотери [5]. Основой инфузионно-трансфузионной тактики стали:

1) проведение инфузии в строго рестриктивном режиме – сбалансированные кристаллоиды в объеме до 2000-2400 мл;

2) до достижения хирургического гемостаза использование концепции допустимой гипотензии с целевым уровнем систолического АД 80-90 мм рт.ст., с коррекцией гипотензии (в случае ее развития) ранним использованием норадреналина;

3) упреждающее (уже начиная с момента интраоперационного подтверж-

дения факта вращения плаценты) подключение трансфузии эритроцитов;

4) целеориентированное использование умеренных доз свежемороженой плазмы (СЗП) в сочетании с криопреципитатом как донатором фибриногена;

5) упреждающее подключение концентрата тромбоцитов;

6) широкое и раннее (при кровопотере более 50% ОЦК) применение рекомбинантного фактора VIIa – эптакога альфа;

7) минимизация использования коллоидных растворов вплоть до полного отказа;

8) превентивное введение всем пациенткам транексамовой кислоты в дозе 1000 мг, с повторением дозы при кровопотере свыше 50% ОЦК.

Результаты и обсуждение. Внедрение Европейского протокола привело к значительным изменениям интраоперационной и послеоперационной динамики состояния пациенток. Так, в качестве критериев стабильности состояния мы оценивали среднюю длительность послеоперационного пребывания в РАО, частоту послеоперационной ИВЛ, частоту интраоперационного и послеоперационного использования норадреналина для стабилизации гемодинамики, частоту послеоперационной заместительной почечной терапии (ЗПТ). Также крайне важным критерием эффективности используемой тактики стала частота послеоперационной трансфузионной терапии (табл.1).

Конечно, в связи с малым объемом наблюдений мы не получили статистической достоверности различий в вышеуказанных показателях, однако имеющаяся динамика говорит сама за себя. Ведение пациенток как во время операции, так и в послеопе-

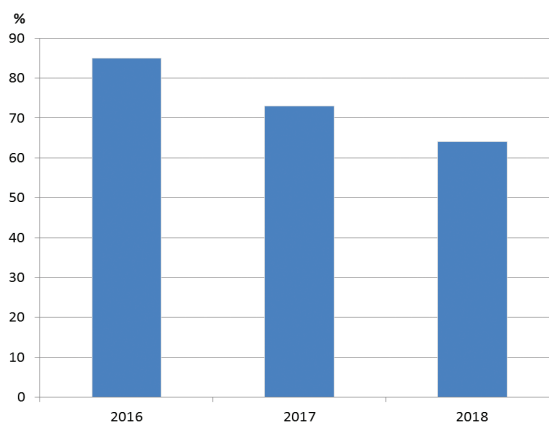
рационном периоде сопровождается гораздо более высокой стабильностью их состояния, более стабильной гемодинамикой, рано восстанавливающимся после операции сознанием и спонтанным дыханием, отсутствием клинических и лабораторных показателей геморрагического шока.

При внедрении Европейского протокола и начале упреждающей трансфузионной терапии основным возражением стало возможное существенное увеличение объема переливаемых трансфузионных сред, потенциально приводящее к повышению частоты трансфузионных осложнений. Однако при анализе результатов работы нами было установлено, что внедрение Европейского протокола не привело к увеличению объемов переливания эритроцитарных сред и плазмы (табл.2). Таким образом, следует отметить, что при работе по Европейскому протоколу не приходится переливать трансфузионных сред больше обычно-

Таблица 2

Динамика изменений введения компонентов и препаратов крови

	2016	2017	2018
Аутоэритроциты, мл	5361	11307	6025
АутоСЗП, мл	4700	8170	2500
Донорские эритроциты, мл	14708	7409	8772
СЗП, мл	11570	8290	9860
Концентрат тромбоцитов, дозы	4	4	20
Криопреципитат, дозы	0	0	17
Эптаког альфа (РФ VIIa), мг	0	3,6	15,6



Корреляция в 2016-2018 гг. среднего объема кровопотери от объема циркулирующей крови

го, речь идет о более раннем, упреждающем характере трансфузии.

Но главным результатом, полученным нами после включения в трансфузионную терапию концентрата тромбоцитов, криопреципитата, эптакога альфа, стало достоверное снижение среднего объема кровопотери по сравнению с 2016 г. (рисунок).

Заключение. Анализируя проведенную работу, следует отметить, что применение Европейского протокола массивной кровопотери при операции кесарево сечение у женщин с вращением плаценты позволяет снизить общую кровопотерю, сократить число послеоперационных трансфузий, частоту проведения послеоперационной ИВЛ, а также сократить время пребывания пациенток в отделении

реанимации. При этом проведение инфузионно-трансфузионной терапии не сопровождается увеличением объема переливаемых основных трансфузионных сред – эритроцитарной взвеси и свежзамороженной плазмы. Таким образом, на основании полученных результатов мы можем рекомендовать внедрение Европейского протокола массивной кровопотери в акушерских стационарах третьего уровня при операциях у женщин с вращением плаценты.

Литература

1. Профилактика, лечение и алгоритм ведения при акушерских кровотечениях: клинические рекомендации (Протокол) / Л.В. Адамян, В.Н. Серов [и др.]. – М., 2014. – 25 с.
- Prevention, treatment and patient management with obstetric bleeding. Clinical

guidelines (Protocol) / L.V. Adamyan, V.N. Serov [et al.]. – М., 2014. – 25 p.

2. Alkema L. Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group / L. Alkema, D. Chou, D. Hogan, S. Zhang, A.B. Moller, A. Gemmill [et al.]. - Lancet. 2016; 387 (10017): 462-74.

3. Patton G.C. Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data / G.C. Patton, C. Coffey, S.M. Sawyer, R.M. Viner, D.M. Haller, K. Bose, T. Vos, J. Ferguson, C.D. Mathers. - Lancet, 2009, 374:881–892.

4. Say L. Global Causes of Maternal Death: A WHO Systematic Analysis / L. Say, D. Chou, A. Gemmill, Ö. Tunçalp, A.B. Moller, J.D. Daniels [et al.]. - Lancet Global Health. 2014;2(6): e323-e333.

Rossaint R. The European guideline on management of major bleeding and coagulopathy following trauma: fourth edition / R. Rossaint, B. Bouillon [et al.]. - Critical Care (2016) 20:100.

DOI 10.25789/YMJ.2018.63.35

УДК 616.2

О.Н. Иванова, Е.Ф. Аргунова, Т.Г. Дмитриева, Я.А. Мунхалова, В.Б. Егорова, С.Н. Алексеева

ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ИММУНИТЕТА У ДЕТЕЙ С МНОЖЕСТВЕННЫМИ ПАПИЛЛОМАМИ

С целью изучения особенностей иммунитета у детей с множественными папилломами и эффективности проводимой терапии препаратами гроприносин и ликопид обследованы группа детей с множественными папилломами и группа здоровых детей, сопоставимые по возрасту. У всех детей выявлен положительный ПЦР на ВПЧ, проведено гистологическое исследование папиллом, а также обследование иммунного статуса. Выявлено, что у детей с папилломами снижено содержание IgA, CD19+ и CD16+ лимфоцитов. Проведенная терапия препаратами гроприносин и ликопид приводит к нормализации сниженных показателей иммунного статуса, а также к прекращению появления новых папиллом у детей.

Ключевые слова: папилломы, дети, иммунитет, иммунокорректор, иммуноглобулины, лимфоциты.

In order to study the features of immunity in children with multiple papillomas and the effectiveness of therapy with groprinosin and lycopid drugs, a group of children with multiple papillomas and a group of healthy children, comparable in age, were examined. All children showed a positive PCR for HPV, a histological examination of the papillomas, as well as an examination of the immune status were done. It was revealed that in children with papillomas the content of IgA, CD19 + and CD16 + lymphocytes was reduced. The therapy with groprinosin and lycopid medications leads to normalization of the lowered immune status indicators, as well as to the cessation of the appearance of new papillomas in children.

Keywords: papillomas, children, immunity, immunocorrector, immunoglobulins, lymphocytes.

Папилломы – это заболевание, поражающее кожу и клетки слизистых оболочек. Причиной папиллом является вирус папилломы человека (ВПЧ), который относится к семейству Papoviridae, группе Papillomavirus. Способность вируса интегрировать свою ДНК в геном клеток человека является особенностью ВПЧ.

Медицинский институт СВФУ им. М.К. Аммосова: **ИВАНОВА Ольга Николаевна** – д.м.н., проф., olgadoctor@list.ru, **АРГУНОВА Елена Филипповна** – к.м.н., доцент, **ДМИТРИЕВА Татьяна Геннадьевна** – д.м.н., проф., dtg63@mail.ru, **МУНХАЛОВА Яна Афанасьевна** – к.м.н., зав. кафедрой, **ЕГОРОВА Вера Борисовна** – к.м.н., доцент, **АЛЕКСЕЕВА Саргылана Николаевна** – к.м.н., доцент.

При попадании в русло циркулирующей крови на начальном этапе ВПЧ поражает базальные клетки эпителия. Микротравмы, потертости, трещины и другие повреждения кожи способствуют проникновению вируса папилломы в организм. В течение длительного времени вирус может первично размножаться, не проявляясь клинически [1].

Папиллома – новообразование кожи или слизистых и внешне выглядит как сосочковое разрастание, которое выступает над окружающей тканью. При травматизации папилломы возможны кровотечения, так как она состоит из соединительной ткани, покрытой кожей, и содержит в себе сосуды. Новообразование разрастается вверх

наружу в виде рассеянных сосочков в различных направлениях и внешне напоминает цветную капусту [2-4].

Цвет кожи может не изменяться, но в большинстве случаев папилломы имеют цвет от белого до грязно-коричневого. Излюбленная локализация папиллом – кожа кистей и рук. У пациентов с иммунодефицитами ВПЧ-инфекция проявляется в виде множественных папиллом. Концентрация вируса в пораженных участках достигает максимума к 6-му мес. с момента заражения, именно этот период является наиболее заразным.

ПЦР-диагностика позволяет подтвердить наличие вируса папилломы человека в организме и определить его тип и диагностировать, какое ко-