

---

Доронина О.К., Лебедько А.В., Якутовская С.Л., Дейлидко Э.Н., Васильев С.А., Решетняк Д.В., Романчук Ж.В., Дармоян Н.А.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

Белорусская медицинская академия последипломного образования, Минск, Беларусь

Городской клинический родильный дом № 2, Минск, Беларусь

## Динамическое пролонгированное дренирование брюшной полости у пациенток с тяжелыми формами синдрома гиперстимуляции яичников

**Актуальность.** Наиболее значимым достижением репродуктологии, обеспечившим решение вопроса бесплодия в последние два десятилетия, стала разработка и внедрение в клиническую практику метода экстракорпорального оплодотворения (ЭКО). Однако метод ЭКО имеет ряд осложнений, среди которых особую роль занимает синдром гиперстимуляции яичников (СГЯ).

СГЯ – это ятрогенное состояние, в основе которого лежит ответ яичников на экзогенное введение препаратов-индукторов овуляции, превышающий физиологические рамки. Частота СГЯ составляет от 0,08 до 33% среди пациентов, прошедших цикл ЭКО, в том числе частота тяжелого СГЯ – от 0,3 до 10%.

**Цель работы.** Разработать методику эвакуации асцитической жидкости, позволяющую предотвратить развитие выраженных гемодинамических нарушений.

**Материалы и методы.** Под нашим наблюдением находилось 5 пациенток, поступивших в отделение интенсивной терапии и реанимации ГКРД № 2 с диагнозом: синдром гиперстимуляции яичников тяжелой степени. Все пациентки при поступлении предъявляли жалобы на головокружение, слабость, тошноту, боли в животе. СГЯ развился у пациенток на 15–24 день после проведения трансвагинальной пункции.

Состояние всех пациенток было расценено как тяжелое, и характеризовалось снижением АД до 100–90/70–60 мм рт. ст., тахикардией 96–114 ударов в минуту, частотой дыхания 23–25 в минуту, бледностью кожных покровов, увеличенным в объеме за счет асцита животом, отрицательным диурезом. При лабораторном обследовании выявлялись: лейкоцитоз, гипопроteinемия с гипоальбуминемией, повышение трансаминаз, щелочной фосфотазы. Гемостазиограмма характеризовалась гиперагрегацией тромбоцитов, гиперфибриногенемией, угнетением фибринолиза повышением уровня Д-димеров.

При ультразвуковом исследовании у всех пациенток отмечалось двустороннее увеличение объема яичников до 380–670 см<sup>3</sup> с множественными анэхогенными включениями, наличие в брюшной полости клинически значимого асцита. У двух пациенток были обнаружены явления гидроторакса – наличие в плевральной полости жидкости в количестве 120–200 мл.

Учитывая наличие волемических, гемодинамических и гемостазиологических расстройств было начато введение коллоидных растворов: гидроксиэтилового крахмала 6%, 20% альбумина в сочетании с кристаллоидными растворами, дофамина в низких концентрациях, НМГ.

Для эвакуации асцитической жидкости нами было предложено использовать метод пролонгированного дренирования брюшной полости. Лапароцентез производился трансвагинальным доступом, под контролем УЗИ с применением катетера для катетеризации центральной вены по Сельдингеру. Объем эвакуированной за сутки жидкости колебался от 1,7 до 3,5 литров индивидуально для каждой пациентки в начале лечения, с последующим снижением на фоне адекватной инфузионной терапии до 800–500 мл. Длительность пролонгированного дренирования брюшной полости составила 7–10 дней. На фоне пролонгированного дренирования брюшной полости ни у одной из пациенток не было отмечено значимых гемодинамических нарушений. Все беременности завершились родами путем операции кесарево сечение в сроке доношенной беременности.

**Выводы.** Пролонгированное динамическое дренирование брюшной полости позволяет избежать одномоментной эвакуации большого объема асцитической жидкости, что в свою очередь приводит к снижению нарушений гемодинамики, а так же повторных пункций для удаления асцитической жидкости у пациенток с СГЯ.

### Литература

1. Диагностика и лечение синдрома гиперстимуляции яичников: Федеральные клинические рекомендации/ Корнеева И. Е., Калинина Е. А., и др. - М.: ООО «Российское общество акушеров-гинекологов», 2013. 27 с.
2. Назаренко Т.А. Стимуляция функции яичников. – М.: МЕДпресс-информ, 2015. 288 с.
3. Интенсивная терапия синдрома гиперстимуляции яичников/ Шифман Е.М., Погодин О.К., Гуменюк Е.Г., Погодин О.О. // Анестезиология и реаниматология. – 2007. – № 4. – С. 77–81.

Ешенко А.В., Курлович И.В., Семенчук В.Л.

Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя», Минск, Беларусь

## Современные аспекты возникновения преэклампсии

**Введение.** В современном акушерстве преэклампсия остается одной из ведущих причин материнской и младенческой заболеваемости и смертности. За последние пять лет частота преэклампсии (ПЭ) увеличилась с 17 до 24%, а в специализированных стационарах высокого риска достигает 28–30%; в 8–10% случаев при этом развиваются тяжелые формы [1]. В структуре материнской смертности ПЭ занимает третье место после экстрагенитальных заболеваний и кровотечений и составляет от 11,8 до 14,8%. При кровотечениях и сепсисе в 35–40% случаев основной причиной смерти становится тяжелая ПЭ. Перинатальная смертность при ПЭ превышает средние показатели в 5–7 раз [2].

Поиск новых диагностических критериев, а также биохимических показателей, характеризующих степень повреждений при ПЭ, является приоритетным направлением в современной медицине.

Нормальные значения гомоцистеина при беременности составляют 4,6–12,4 мкмоль/л. Считается, что снижение уровня гомоцистеина при беременности благоприятствует плацентарному кровообращению. Повышение концентрации гомоцистеина является цитотоксичной, свидетельствует о повреждении сосудистой стенки, усилении тромбообразования, способствует развитию нарушений кровоснабжения в фетоплацентарном комплексе и хронической гипоксии плода [3]. Активность матриксной металлопротеазы (ММР) характеризует степень развития деструктивных или инвазивных процессов в соединительнотканном матриксе и имеет прогностическое значение для диагностики нарушения процессов инвазии, запускающих необратимые изменения при тяжелой ПЭ; рассматривается как показатель преждевременных родов и инфекционного процесса в организме беременной, независимый предиктор ССЗ (уровень коррелирует с объемом поражения атеросклерозом коронарного русла). Нормальными значениями концентрации металлопротеазы в сыворотке крови считаются значения от 2,0 до 139,4 нг/мл [3, 4]. Тромбоспондин один из главных ингибиторов ангиогенеза, влияющих на рост эндотелиальных клеток, принимает участие в агрегации тромбоцитов и в адгезии к тромбоцитам факторов коагуляции, является одним из антагонистов оксида азота во влиянии на структуру сосудистой стенки и ее тромбогенную активность. Является белком, регулирующим также адгезию, пролиферацию и выживаемость, в том числе, и клеток иммунной системы. Его экспрессия выражена в местах тканевого повреждения и восстановления [5].