

Медикаментозное лечение ГЭ предполагает возможность применения препаратов различных групп, и одной из них являются контрацептивные гормоны, которые рассматриваются как альтернатива в лечении ГЭ. Лечение жанином можно рекомендовать как самостоятельный метод, когда хирургическое лечение не показано или противопоказано, а также для профилактики рецидивов заболевания после хирургического лечения. Жанин можно рекомендовать и пациенткам с ГЭ, которые планируют предохранение от нежелательной беременности. Следует отметить, что при применении жанина наблюдались минимальные побочные эффекты, не требующие медикаментозной коррекции, и экономическая выгода.

При оценке биохимических показателей, таких как общий билирубин, печеночные ферменты — АСТ и АЛТ, холестерин, ЛПНП, ЛПВП, триглицериды, глюкоза, достоверной разницы до и после лечения препаратом «Жанин» выявлено не было. Эти данные, по-видимому, свидетельствуют об отсутствии влияния данного препарата на функцию печени, липидный и углеводный обмен, что очень важно, учитывая неблагоприятный преморбидный фон у больных с эндометриозом и необ-

ходимость многократных курсов гормонотерапии при рецидивировании заболевания.

Таким образом, результаты проведенного исследования позволяют нам рекомендовать комбинированную схему с применением препарата «Жанин» в непрерывном режиме для лечения ГЭ или с целью профилактики рецидивов заболевания, как наименее агрессивного препарата, при равной эффективности.

Л и т е р а т у р а

1. Дамиров М.М. Аденомиоз: клиника, диагностика и лечение. М.-Тверь: Триада, 2002. 294 с.
2. Манушарова Р.А., Черкезова Э.И. // Гинекол. эндокринология. 2005. Т. 7, №2. С. 102-106.
3. Пересада О.А. Клиника, диагностика и лечение эндометриоза. Минск: Белорусская наука, 2001. 274 с.
4. Пестрикова Т.Ю. // Новые технологии в акушерстве и гинекологии: Сб. науч. тр. Хабаровск, 2006. С. 11-26.
5. Прилепская В.Н. Острейкова Л.И. Диеногест (фармакологические, клинические и лечебные аспекты) М., 2004. 62 с.
6. Wiegrats I., Mittman K., Dietrich H. et al. // Fertil. and Steril. 2006. Vol. 85, № 6. P. 1812-1819.



УДК 618.313 - 082

Л.Н. Халфина, В.Г. Никитин, Н.В. Мамаева

СЛУЧАЙ УСПЕШНОЙ РЕАНИМАЦИИ ПРИ HELLP-СИНДРОМЕ У БЕРЕМЕННОЙ ПОСЛЕ ЭКЛАМПСИИ

ГУЗ «Перинатальный центр» министерства здравоохранения Хабаровского края, г. Хабаровск

Термин Hellp-синдром (аббревиатура H-hemolysis, E-elevated, L-liver, L low, P-platelets) впервые предложил в 1985 г. Weinstein, связывая нарушения с тяжелой формой преэклампсии и эклампсии, — тогда, когда уровень артериальной гипертензии составляет 160/100 и выше, а протеинурия достигает 5 г в сут, сочетаясь с олигурией. В основе гестоза, осложненного Hellp-синдромом, лежит генерализованный артериолоспазм, сочетающийся с гемоконцентрацией и гиповолемией, развитием гипокINETического режима кровообращения, повреждением эндотелия и развитием дыхательной недостаточности, вплоть до отека легких. Hellp-синдром, осложняющий преэклампсию и эклампсию, встречается в 4-12% случаев и вызывает материнскую смертность до 24,2%. Диагностика тяжелого гестоза с Hellp-синдромом сложна, дифференциальную

диагностику необходимо проводить с такими заболеваниями, как: акушерский сепсис, гепатоз беременных, острая дистрофия печени, тромбоцитопеническая пурпура, гемолитико-уремический синдром, острый гангренозный холецистит. Только клинико-физиологическая интерпретация этих симптомов в каждом конкретном случае дает возможность исключить другие причины, позволяет диагностировать Hellp-синдром как форму гестоза, который, в свою очередь, в далекозашедших случаях является вариантом полиорганной недостаточности [1].

Лабораторные изменения максимально проявляются в послеродовом периоде, в это же время разворачивается и полная клиническая картина Hellp-синдрома. Анализируя клинико-лабораторные данные, надо отметить два важных обстоятельства;

— во-первых, такие основные признаки, как тромбоцитопения и нарушение функции печени, достигают при HELLP-синдроме максимума своего развития спустя 24-48 ч после родов, в то время как просто при тяжелом гестозе, наоборот, наблюдается регресс этих показателей в течение первых суток послеродового периода;

— во-вторых, среди больных HELLP-синдромом довольно высокий процент (42%) многорожавших, тогда как среди первородящих этот процент крайне низкий [6].

В послеродовом периоде у пациенток с HELLP-синдромом на фоне тяжелого гестоза достаточно эффективно проведение плазмафереза с заменным переливанием свежзамороженной плазмы, устранение гиповолемии. Применение плазмафереза в комплексе интенсивной терапии HELLP-синдрома позволило за последние годы снизить материнскую смертность с 75 до 24% [7].

Кесарево сечение при HELLP-синдроме производится довольно часто (от 58 до 76%). При обезболивании операции кесарева сечения у беременных с HELLP-синдромом общая анестезия является методом выбора. Эфферентные методы анестезии являются методами высокого риска из-за субдуральных кровотечений на фоне тромбоцитопении. Риск кровотечения после операции кесарева сохраняется в течение 72 ч. В связи с этим в послеоперационном периоде необходим тщательный мониторинг параметров свертывающей системы крови [6].

В качестве иллюстрации приводим следующий случай.

Больная К., 20 лет, беременность 1, доставлена в родильное отделение ГУЗ «Перинатальный центр» из роддома №4 г. Хабаровска выездной акушерской бригадой с диагнозом: беременность 26-27 нед., ОПГ-гестоз тяжелой степени, эклампсия. При поступлении состояние тяжелое, выраженная гипертензия — АД 200/120 мм рт.ст., олигурия — почасовой диурез 18-20 мл/час, судорожная готовность, коагулопатические проявления (кровоточивость на месте инъекций, моча цвета «мясных помоев»). Больная заторможена, резкая головная боль в затылочной области, тошнота, рвота, боли в эпигастрии и в поясничной области. Кожные покровы бледные, генерализованные отеки. Симптом «поколачивания» положительный с обеих сторон, больше выражен справа. Печень по краю реберной дуги, болезненная при пальпации. Из анамнеза: повышение АД отмечает в течение последних 2 дней, снижение диуреза, тошнота, рвота до 15 раз в день. В роддом №4 доставлена 12.09, где в течение суток получала лечение (гипотензивные, седативные средства, ГЭК, магнезиальный курс) — лечение неэффективно, ввиду этого переведена в акушерский стационар третьего уровня — «Перинатальный центр». При поступлении проведено лабораторное обследование. В течение 4 ч проводилась интенсивная терапия гестоза: седация, гипотензия, управляемая гипотония перлизанитом натрия, магнезиальная терапия из расчета 2 г/ч. Ввиду неэффективности лечения решено было родоразрешить беременную путем операции малого кесарева сечения. Динамика лабораторных показателей за весь период наблюдения представлена в таблице.

Обезболивание при операции кесарева сечения проведено методом общей комбинированной анестезии эндотрахеальным способом, с тотальной миоплегией трахионом, ИВЛ в режиме умеренной гипервентиляции аппаратом «FABIUS». Премедикация включала в себя

клофелин, пипольфен, управляемую гипотонию. Индукция — тиопенталом натрия, основной наркоз — закисно-кислородный+НЛА. Длительность операции 33 мин. Кровопотеря составила 400 мл. Диурез за 4 ч с момента поступления до конца операции составил 200 мл, моча темно-коричневого цвета. Для стимуляции диуреза вводился лазикс в общей дозе 80 мг. В течение 6 ч проводилась продленная ИВЛ, синхронизация с аппаратом при помощи тиопентала натрия дробными дозами до восстановления сознания, рефлексов, отсутствия кровотечения из полости матки. Инфузионная терапия во время операции составила 1,780 л, из них 510 мл — СЗП, 1,2 л — кристаллоиды. Гемодинамика стабилизирована, АД 120-115/80-70 мм рт.ст., ЧСС — 96-112 уд/мин., сатурация O₂ 100%. Для коррекции гемостаза вводились ингибиторы протеаз — гордокс по 800 тыс. ед., гепатопротекторы — эссенциале, мембраностабилизаторы.

Ввиду подозрения на HELLP-синдром в 1 сут решено провести плазмаферез фильтрационным методом с эксфузией плазмы 790 мл, замещение — 750 мл донорской плазмой, общий объем восполнения 1400 мл. Удаленная плазма гемолизированная, мутная. Больная осмотрена окулистом, невропатологом, выполнено УЗИ брюшной полости. На основании клиники, данных лабораторного исследования на 2 сут консилиумом врачей выставлен диагноз: HELLP-синдром. Проведен второй сеанс фильтрационного плазмафереза — эксфузия плазмы 720 мл, возмещение 710 мл. Плазма светлая, прозрачная. Ввиду развившейся анемии (Hb-60 г/л) в течение 2 сут переливались отмытые эритроциты в количестве 680 мл. Восполнение прокоагулянтов — трансфузия СЗП: 13.09 — 1360 мл; 14.09 — 1000 мл; 15.09 — 600 мл; 16.09. — 200 мл; 17.09 — 220 мл; всего 3580 мл СЗП. Для коррекции гипопротемии (белок снижался до 31 г/л) проводилась инфузия альбумина — общая доза 200 мл. С целью профилактики энцефало-септических

Лабораторные данные в динамике наблюдения больной с HELLP-синдромом

Показатели	Период наблюдения			
	1 сут	2 сут	3 сут	5 сут
Гемоглобин, г/л	120	72-61	85	99
Гематокрит, %	32	22-20	24	30
Эритроциты, ×10 ¹²	4	2,3	2,7	3,2
Тромбоциты, ×10 ⁹	180	70-63	99	180
Лейкоциты, ×10 ⁹	12,8	6,2	10,7	7,4
ЛК в мин	2	2,30	1	14
ВСК в мин	12	8,30	7	5
Общий белок, г/л	46	57,4	41-37	56
Сахар, мм/л	6,6	6,4	6,2	8,1
Билирубин, мм/л	46	34,5	54-13,1	11,2
Остаточный азот, мм/л	20,63	19,77	0,18	0,17
Мочевина, мм/л	6,3	5,9	5,7	3,5
Креатинин, мм/л	63	81	132	57
АсАТ, ед.	11,9	10	-	-
АлАТ, ед.	4,1	10	-	-
Калий, г/л	4,07	3,49	3,6	5,9
Натрий, г/л	136,7	138,7	140	141
Белок в моче, г/л	3,2	1,2	0,043	0,95

осложнений проводилась антибактериальная терапия цефалоспоридами третьего поколения по 2 г в сут, метрогил по 300 мл в сут в/в. Больная получала массивную антигипертензивную терапию — клофелин, эднит, верапамил. Управляемая гипотония проводилась до 3 сут, сернокислая магнезия через инфузомат в течение 5 сут, несмотря на это до 5 сут сохранялась гипертензия. Вводились ингибиторы протеаз: гордокс по 800 тыс. ед. в сут — 4 дня, седативные препараты, обезболивающие, гепатопротекторы, мембранстабилизаторы, нейротропные препараты. Во время лечения больная получала нутритивную поддержку парентеральным и энтеральным методами. Проводилась профилактика пареза кишечника.

По результатам лабораторных исследований нормализация биохимических данных, факторов свертывания, красной крови произошла на 5 сут. По клиническим данным к 7 сут состояние стабилизировано, средней степени тяжести, иктеричность кожных покровов исчезла, сознание ясное, контактна, жалоб не предъявляет. Сохранялась полиурия до 4-5 л мочи в сут. Проконсультирована нефрологом 20.09. Ввиду сохраняющейся ОПН для дальнейшего обследования и лечения больная переведена на 8 сут в ОХГД ККБ №1, где находилась в течение 2 нед. Больная была выписана домой в удовлетворительном состоянии.

В заключение необходимо подчеркнуть, что успех интенсивной терапии Неллр-синдрома при тяжелом гестозе во многом зависит от своевременной диагностики, как до родов, так и в послеродовом периоде. Несмотря

на крайнюю тяжесть течения Неллр-синдрома, его присоединение не должно служить оправданием смертельного исхода тяжелого гестоза, а скорее свидетельствует о несвоевременной диагностике и поздней или неадекватной интенсивной терапии. Ведущим в лечении данной патологии является раннее проведение плазмафереза в течение 24-48 ч, что способствует выведению больных из описанного критического состояния.

Л и т е р а т у р а

1. Кулаков В.И., Серов В.Н., Абубакирова А.М. и др. Анестезия и реанимация в акушерстве и гинекологии. М.: Медицина, 2000. 306 с.
2. Серов В.Н.; Заварзина О.О., Дюгеев А.Н. // Вестник Российской ассоциации акушеров и гинекологов. 1999. №1. С. 81-83.
3. Цахилова С.Г. // Вестник Российской ассоциации акушеров и гинекологов. 1998. №2. С. 36-39.
4. Зильбер А.П. Клиническая физиология для анестезиолога. М.: Медицина, 1977. 431 с.
5. Зильбер А.П. Интенсивная терапия в акушерстве и неонатологии. Петрозаводск, 1982. 84 с.
6. Серов В.Н., Стрижаков А.Н., Маркин С.А. Практическое акушерство. М.: Медицина, 1989. 152 с.
7. Шифман Е.М. // Актуальные проблемы медицины критических состояний. Петрозаводск, 1995. С. 15-19.
8. Шифман Е.М. Преэклампсия, эклампсия. HELLP-синдром. Петрозаводск: ИнтелТек, 2002. 432 с.



УДК 616.892 : 678.048

Н.Г. Браш, В.А. Доровских, И.И. Дудин

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОИЗВОДНОГО ЯНТАРНОЙ КИСЛОТЫ В ПСИХИАТРИИ

Амурская государственная медицинская академия, г. Благовещенск

Янтарная кислота является природным метаболитом, обеспечивающим организм энергией, особенно при интенсивной деятельности, либо при выраженных функциональных расстройствах. Сукцинат способствует усилению центрального звена внутриклеточной энергетики — увеличению окисления янтарной кислоты и активности сукцинат дегидрогеназы, что приводит к усилению энергопродукции дыхательной цепи митохондрий: значительному ускорению образования АТФ и восстановительных эквивалентов, а также стабилизации мембранного потенциала. Янтарная кислота при введе-

нии в организм плохо проникает в нормальные ткани, значительно легче в клетки и ткани, находящиеся в состоянии возбуждения или патологически измененные [1].

«Реамберин» — препарат, созданный на основе янтарной кислоты, это сбалансированный изотонический инфузионный раствор, который содержит натрия сукцинат (диссоциированная соль янтарной кислоты), магния хлорид, калия хлорид, натрия хлорид. Препарат обладает антигипоксическим, антиоксидантным, дезинтоксикационным действием [2-6].