

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Serum Leptin and Adiponectin Levels in Obese and Nonobese Asthmatic School Children in relation to Asthma Control / A. A. Wahab, M. M. Maarafiya, A. Soliman [et al.] // *Asthma & Immunology*. – 2013. – Vol. 111, № 1. – P. 14-21.
2. Ma, C. Correlations of severity of asthma in children with body mass index, adiponectin and leptin / C. Ma, Y. Wang, M. Xue // *Journal of Clinical Laboratory Analysis*. – 2019. – Vol. 33. – P. e22915.
3. Association of Asthma Diagnosis with Leptin and Adiponectin: A Systematic Review and Meta-analysis / L. Zhang, Y. Yin, H. Zhang [et al.] // *Journal of Investigative Medicine*. – 2017. – Vol. 65, № 1. – P. 57-64.
4. Adiponectin and Asthma: Knowns, Unknowns and Controversies / M. R. Otelea, O. C. Arghir, C. Zugravu, A. T. Rascu // *International Journal of Molecular Sciences*. – 2021. – Vol. 22, № 16. – P. 8971.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЖИЗНЕУГРОЖАЮЩИХ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ: КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ГИСТЕРЭКТОМИЙ

Ганчар Е. П.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. Массивные акушерские кровотечения остаются одной из ведущих причин материнской смертности и тяжелой материнской заболеваемости, определяя исходы беременности и родов во всем мире [1]. Наиболее высокий риск развития жизнеугрожающих геморрагических осложнений наблюдается при нарушениях плацентации, относящихся к спектру placenta accreta (accreta, increta, percreta), наличии рубца на матке, повторных оперативных вмешательствах, беременности после вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), многоплодии, а также при крупных миоматозных узлах [2, 3]. В ряде случаев дефицит времени между началом кровотечения и развитием геморрагического шока требует немедленного хирургического решения. Гистерэктомия при массивном акушерском кровотечении является крайней, но нередко единственной возможностью спасти жизнь пациентки, что делает анализ таких клинических ситуаций крайне важным для совершенствования медицинской помощи.

Цель – изучить клинико-анамнестические характеристики, факторы риска, объем кровопотери, особенностей оперативного вмешательства и временных

закономерностей у женщин, перенёсших гистерэктомию по жизненным акушерским показаниям

Методы исследования. Проведено ретроспективное изучение 17 случаев массивных акушерских кровотечений, потребовавших радикального хирургического вмешательства, в УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр». Клинические особенности пациентов оценены с применением клинико-anamnestического и операционно-хирургического подходов.

Результаты и их обсуждение. Большинство наблюдений приходилось на женщин старшего репродуктивного возраста: 12 из 17 пациенток (70,6%) были старше 35 лет, что соответствует группе высокого риска нарушений плацентации и сниженной гемостатической адаптации. У 8 женщин (47,1%) отмечено три и более беременности в анамнезе, что могло способствовать структурной перестройке миометрия. Среди обследованных 12 (70,6%) проживали в городской местности и 5 (29,4%) – в сельской.

Этиологическая структура массивных кровотечений была неоднородной. Ведущим механизмом оказалась патологическая плацентарная инвазия: *placenta percreta* выявлена у 8 пациенток (47,1%), преимущественно на фоне рубца на матке после оперативных родов. Миома матки больших размеров с трофическими нарушениями и выраженной гипотонией стала причиной критического кровотечения у 2 пациенток (11,8%); в одном из этих случаев выполнена надвлагалищная ампутация матки ввиду локального характера поражения и стремительного нарастания кровопотери. Прогрессирующая расслаивающая гематома широкой связки наблюдалась у 2 женщин (11,8%) и потребовала релапаротомии. В 2 случаях (11,8%) диагностировано позднее послеродовое кровотечение с неэффективностью консервативных мер. У одной пациентки (5,9%) массивная кровопотеря развилась в раннем послеродовом периоде при монохориальной двойне после ВРТ, ещё у одной (5,9%) – при дихориальной двойне на фоне анемии. Гематома послеоперационной раны матки явилась причиной критического состояния у одной женщины (5,9%).

Объём кровопотери варьировал от 800 до 3000 мл, составляя в среднем 1630 мл. Радикальное оперативное вмешательство было выполнено во всех 17 наблюдениях: экстирпация матки произведена у 16 пациенток (94,1%), а надвлагалищная ампутация – у 1 (5,9%). Интраоперационные повреждения соседних органов диктовали необходимость дополнительных вмешательств: ушивание мочевого пузыря потребовалось 5 женщинам (29,4%), висцеролиз выполнен в 2 случаях (11,8%). Во всех наблюдениях проводилось дренирование брюшной полости. Релапаротомия была необходима у 3 пациенток (17,6%) по причине продолжающегося кровотечения.

Временной анализ продемонстрировал, что основная доля хирургических вмешательств приходилась на дневные часы: с 08:00 до 12:00 было выполнено 7 операций (41,2%), с 12:00 до 18:00 – 6 операций (35,3%). Вечерне-ночное время (18:00-06:00) приходилось на 4 вмешательства (23,5%). Таким образом, 76,5% гистерэктомий выполнялись в период максимальной загрузки операционного

блока, что имеет важное организационное значение. Распределение по дням недели также демонстрирует чёткую тенденцию: наибольшее количество операций зарегистрировано в середине рабочей недели – в среду (5 случаев, 29,4%) и четверг (4 случая, 23,5%). На понедельник и вторник приходилось по 2 случая (в сумме 23,5%), на пятницу – 2 (11,8%). В выходные дни проведено 2 операции (11,8%).

Полученные данные подчёркивают ключевую роль патологической плацентарной инвазии как ведущего триггера массивной акушерской кровопотери. Высокая частота *placenta percreta* (47,1%) согласуется с общемировыми тенденциями, связанными с ростом числа кесаревых сечений [2]. Значительный удельный вес пациенток старшего репродуктивного возраста подтверждает важность возрастного фактора как независимого маркера риска нарушений плацентации и дисфункции гемостаза. Отдельное внимание заслуживают наблюдения миомы матки больших размеров, демонстрирующие, что изменение архитектоники миометрия способно приводить к жизнеугрожающим формам гипотонического кровотечения, требующим удаления матки.

Выводы.

1. Патологическая плацентарная инвазия выявлена у 47,1% пациенток и является ведущей причиной массивных акушерских кровотечений, требующих гистерэктомии.

2. Миома матки больших размеров в 11,8% случаев выступила самостоятельным фактором критической кровопотери.

3. Возраст старше 35 лет, рубцовые изменения матки, многократные операции, ВРТ и многоплодная беременность существенно повышают риск развития геморрагических осложнений.

4. Гистерэктомия остаётся единственным эффективным методом остановки кровотечения при неэффективности органосохраняющих мер.

5. Большинство операций выполнено в дневное время, что требует усиленной хирургической и трансфузионной готовности в эти часы, при обязательном обеспечении круглосуточной доступности квалифицированной помощи.

6. Оптимизация маршрутизации беременных высокого риска в перинатальные центры III–IV уровня является важнейшим направлением профилактики жизнеугрожающих акушерских состояний.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Сурина, М. Н. Акушерские кровотечения как основная причина критических состояний и материнской смертности / М. Н. Сурина, Т. Ю. Марочко // *Фундаментальная и клиническая медицина*. – 2016. – Т. 1, № 3. – С. 81-87.

2. Massive obstetric hemorrhage in maternal near miss in ICU: a retrospective analysis from a maternity center in Shanghai, China / X. Yun, H. Peijie, D. Jiang [et al.] // *Int J Clin Exp Med*. – 2018. – Vol. 11, № 9. – P. 9638-9645.

ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНОВ ГЕМОСТАЗА ПРИ БОЛЬШИХ АКУШЕРСКИХ СИНДРОМАХ У ЖЕНЩИН ГРОДНЕНСКОГО РЕГИОНА

Ганчар Е. П.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. Концепция больших акушерских синдромов (БАС), сформулированная Roberto Romero в 1996 г., объединяет такие осложнения, как преэклампсия (ПЭ), задержка роста плода (ЗРП), антенатальная гибель плода (АГП), преждевременные роды, рассматривая их как проявления единого многофакторного процесса. Ключевым механизмом БАС являются нарушения плацентации – недостаточная инвазия трофобласта, дефект ремоделирования спиральных артерий, плацентарная ишемия и эндотелиальная дисфункция [1]. Эти изменения сопровождаются локальной гиперкоагуляцией, микротромбозами и дисбалансом между коагуляцией и фибринолизом, что приводит к стойкой плацентарной недостаточности. Значимую роль играют наследственные полиморфизмы генов гемостаза, определяющие предрасположенность к тромбофилии, гипофибринолизу и сосудистым нарушениям. К числу наиболее изученных генов, связанных с регуляцией гемостаза и сосудистого тонуса, относятся F2 (G20210A), F5 (G1691A, мутация Лейдена), F13A1 (Val34Leu), PAI-1 (4G/5G) и ACE (Alu Ins/Del) [2]. Их распределение в популяции отличается выраженными региональными и этногенетическими особенностями, что делает актуальным исследование генетической структуры именно локальных групп населения.

Цель – оценить ассоциации полиморфизмов генов гемостаза (F2 G20210A, F5 G1691A, F13A1 Val34Leu, PAI-1 4G/5G, ACE Alu Ins/Del) с развитием больших акушерских синдромов (ПЭ, ЗРП, АГП) у женщин Гродненского региона.

Методы исследования. Исследование выполнено в проспективном дизайне «случай–контроль» и включало 100 беременных женщин. Основную группу (n=72) составили пациентки с осложнённым течением беременности: с преэклампсией – 22 женщины, с задержкой роста плода – 38 женщин, с антенатальной гибелью плода – 12 женщин. Контрольную группу (n=28)