



Саратовский государственный  
медицинский университет  
имени В. И. Разумовского

# Клинические рекомендации: синдром гиперстимуляции яичников. Контраверсии. Обсуждение.



Маршалов Д.В.

# Федеральные клинические рекомендации: Синдром гиперстимуляции яичников



РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО-АКУШЕРОВ ГИНЕКОЛОГОВ

## ФЕДЕРАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА  
ГИПЕРСТИМУЛЯЦИИ ЯИЧНИКОВ

МОСКВА, 2013 ГОД

Общероссийская общественная организация  
«Федерация анестезиологов и реаниматологов»  
Российская общественная организация "Ассоциация акушерских  
анестезиологов и реаниматологов"

Интенсивная терапия синдрома гиперстимуляции  
яичников

Клинические рекомендации  
(протоколы лечения)

2014



Ворцова



## ОГЛАВЛЕНИЕ

<b>1. МЕТОДОЛОГИЯ</b> .....	<b>4</b>
<b>2. ОПРЕДЕЛЕНИЕ</b> .....	<b>8</b>
2.1. ОБЗОР ПРОБЛЕМЫ И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ.....	8
2.2. КЛАССИФИКАЦИЯ.....	8
2.3. ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ.....	9
<b>3. ДИАГНОЗ СГЯ</b> .....	<b>10</b>
3.1. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА.....	10
3.2. КЛИНИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ.....	12
3.3. ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	13
3.4. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПРОЦЕДУРЫ.....	14
3.5. ОСЛОЖНЕНИЯ.....	15
<b>4. ГРУППЫ РИСКА И ПРОФИЛАКТИКА</b> .....	<b>15</b>
<b>5. ЛЕЧЕНИЕ</b> .....	<b>17</b>
5.1. ПРИНЦИПЫ ВЕДЕНИЯ.....	17
5.1.1. Амбулаторное лечение при СГЯ легкой степени.....	17
5.1.2. Показания к госпитализации.....	17
5.1.3. Организация медицинской помощи на стационарном этапе.....	17
5.2. ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ.....	17
5.2.1. Медикаментозная терапия.....	18
5.2.2. Показания для эвакуации асцитической жидкости.....	23
5.2.2.1. Описание методики лапароцентез.....	24
5.2.2.2. Описание методики трансвагинальной пункции.....	25
5.3. ПРАВИЛА НАБЛЮДЕНИЯ.....	25
<b>6. СРОКИ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ</b> .....	<b>26</b>
<b>7. ПРОГНОЗ</b> .....	<b>27</b>
<b>8. ДАЛЬНЕЙШЕЕ ВЕДЕНИЕ</b> .....	<b>27</b>

## Оглавление

1. Методология.....	4
2. Ведение.....	8
3. Определение СГЯ.....	8
4. Факторы риска СГЯ.....	9
5. Особенности патогенеза СГЯ.....	10
6. Профилактика СГЯ.....	12
7. Интенсивная терапия СГЯ.....	13
8. Показания к госпитализации.....	14
9. Инфузионная терапия при СГЯ.....	16
10. Симптоматическая терапия.....	19



**При разработке клинических рекомендаций использовались материалы ведущих мировых организаций**

World Health Organization, American Academy of Family Physicians, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG), International Federation of Obstetrics and Gynecology (FIGO), Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français, American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), Cochrane Reviews, рекомендации World Federation of Societies of Anaesthesiologists, American Society of Anesthesiologists, American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine, Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses, Société française d'anesthésie et de réanimation, Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland, European Society of Anaesthesiology, European Society for Regional Anaesthesia, Society for Obstetric Anesthesia and Perinatology, Obstetric Anaesthetists' Association (OAA), European Resuscitation Council, материалы форумов «Мать и дитя», «Репродуктивный потенциал России», стандарты оказания медицинской помощи по данной проблеме, утвержденные МЗ РФ.

**Методы для сбора/селекции доказательств**

Доказательной базой для рекомендаций являются публикации, вошедшие в Cochrane Reviews, базы данных EMBASE и MEDLINE.

**Методы, использованные для оценки качества и силы доказательств**

- Консенсус экспертов
- Оценка значимости в соответствии с рейтинговой схемой

красивые налево... умные направо..  
а мне что, разорваться, что ли?



Создай свою котоматрицу на [katomatrix.ru](#)



# Отцы основатели акушерской анестезиологии



**Марксизм не догма, а руководство к действию!**



Антибиотико-  
профилактика

Противорвотные  
(метоклопромид)

Иммуноглобулины

Антагонисты  
дофаминовых  
рецепторов  
(Карбеголин )

Стимуляция диуреза  
дофамином

Противоречия  
рекомендаций





**ПРИКАЗ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ ОТ 7 ИЮЛЯ 2015 Г. N 422АН "ОБ УТВЕРЖДЕНИИ КРИТЕРИЕВ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ"**

**ОБЗОР ДОКУМЕНТА**

**Оцениваем качество медицинской помощи.**

Установлены критерии оценки качества медицинской помощи. Они сформированы на основе порядков оказания и стандартов медицинской помощи, а также клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи. Определены заболевания и состояния, при которых применяются критерии оценки качества медпомощи.

Качество медицинской помощи включает совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медпомощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степень достижения запланированного результата.

Критерии позволяют оценить качество медицинской помощи, оказанной пациенту в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара.

Зарегистрировано в Минюсте РФ 13 августа 2015 г. Регистрационный № 38494.







### Положение 3.

Для проведения адекватной интенсивной терапии необходимо учитывать особенности патогенеза СГЯ.



### 5.1. ПРИНЦИПЫ ВЕДЕНИЯ.

Отсутствие чёткой концепции патофизиологии СГЯ делает невозможным проведение эффективного, патогенетически обоснованного лечения, позволяющего действенно и в короткие сроки купировать развитие синдрома и полиорганные нарушения, сопровождающие тяжёлые формы СГЯ (**Уровень доказательности 3**).

## Положение 5. Тактика интенсивной терапии определяется степенью тяжести клинических проявлений СГЯ

Форма СГЯ	Клинические признаки
Легкая	<ul style="list-style-type: none"> <li>Незначительные боли в животе</li> <li>Вздутие живота</li> </ul>
Умеренная	<ul style="list-style-type: none"> <li>Умеренная боль в животе</li> <li>Тошнота + / - рвота</li> </ul>
Тяжелая	<ul style="list-style-type: none"> <li>Массивный асцит</li> <li>± Гидроторакс</li> <li>Олигурия</li> <li>Гематокрит &gt; 45%</li> <li>Лейкоциты &gt; 15000/мл</li> <li>Креатинин 1–1,5 мг% (88–132 мкмоль/л)</li> <li>Дисфункция печени</li> <li>Гипопротеинемия</li> </ul>
Критическая	<ul style="list-style-type: none"> <li>Напряженный асцит</li> <li>Гидроторакс</li> <li>Гематокрита &gt; 55%</li> <li>Лейкоцитов &gt; 25 000/мл</li> <li>Олиго / анурия;</li> <li>Креатинин 1,6 мг% (141,3 мкмоль/л)</li> <li>Почечная недостаточность</li> <li>Внутричерепная гипертензия</li> <li>Тромбоэмболии</li> <li>Острый респираторный дистресс-синдром</li> </ul>

### АААР: Амбулаторное лечение

Включает: ежедневную оценку веса и диуреза, ограничение избыточной физической активности и половой жизни, питье по потребности (III).

### Показана госпитализация в ОАР

Инфузионная терапия  
Обезболивание  
Коррекция гипопротеинемии  
Нутритивная поддержка  
Профилактика тошноты и рвоты  
Тромбопрофилактика



Удаление гидроторакса, гидроперикарда и асцита.

Возможны показания к ИВЛ.  
Возможно прерывание беременности



### 5.1.2. ПОКАЗАНИЯ К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ.

СГЯ средней и тяжелой степени (III).

### 5.2. ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ.

**Первый этап:** *правильный сбор анамнеза, клинико-лабораторное и инструментальное обследование.*

**Второй этап:** *постановка периферического венозного катетра. Вопрос об использовании центрального венозного катетра решается индивидуально и определяется тяжестью состояния женщины. При необходимости наиболее целесообразна катетеризация подключичной вены, поскольку риск тромбоза в этом случае наименьший.* Особенностью тромбозов у данного контингента больных, является их преимущественная локализация в яремных сосудах. Одним из преимуществ постановки центрального катетера является возможность мониторинга центральной гемодинамики и коррекции объема инфузионной терапии. Для оценки диуреза возможна постановка катетера в мочевой пузырь...

**Третий этап:** *медикаментозное лечение пациенток с СГЯ должно быть направлено на поддержание гемодинамики. Первостепенной задачей этого этапа является возмещение объема циркулирующей жидкости для снижения гемоконцентрации и поддержания достаточной почечной фильтрации. При проведении инфузионной терапии целесообразно поддержание циркулирующего объема на минимальном уровне, достаточном для адекватной системной перфузии. Клинический ориентир-функция почек; лабораторный – уровень Ht (III).*

**•Показание к переводу больной в отделение ОРИТ является критическая степень СГЯ,** а также развитие осложнений, сопровождающихся риском для жизни пациентки.

**Отдайте!  
Пациент уже тяжелый!!!**

**Еще недостаточно  
тяжелый...**





# Причины тяжелой формы СГЯ

## 1. Начальная (освобождающая, запускающая)

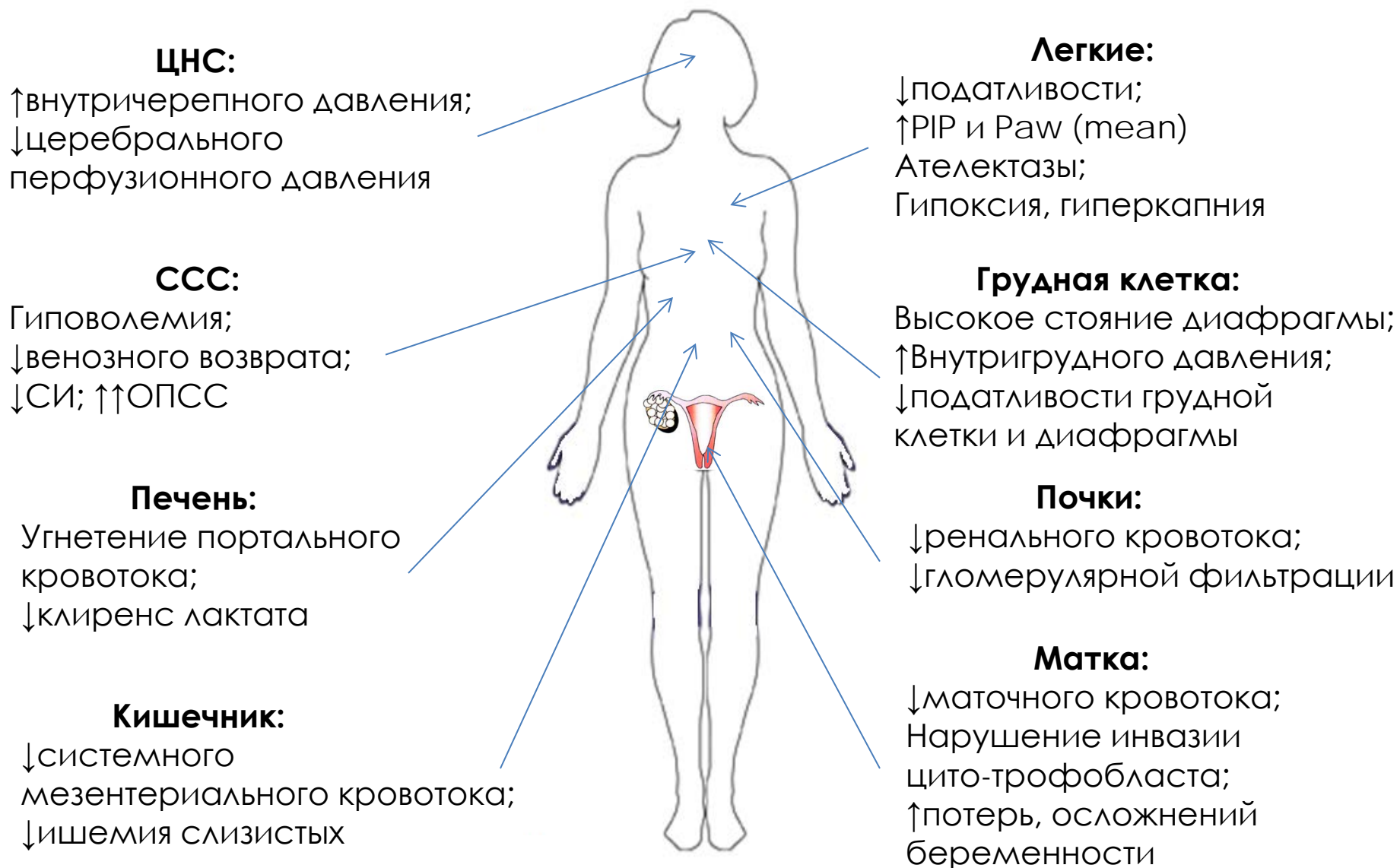
Системный асептический воспалительный ответ эндотелия сосудов на аномально высокие концентрации половых стероидных гормонов в плазме крови.

## 2. Текущая (продолженная, последовательная и параллельная)

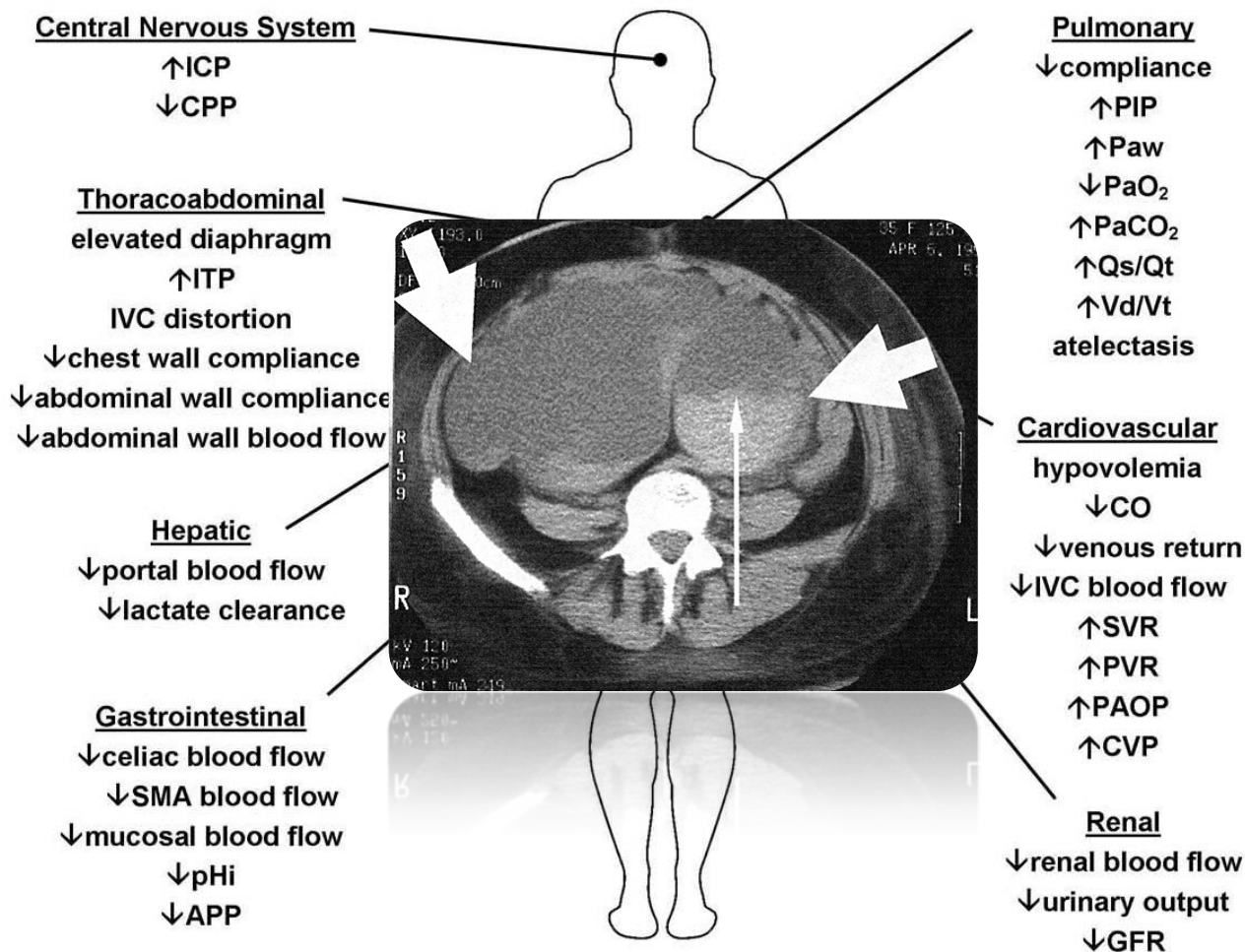
Высокие концентрации ИЛ-1, ИЛ-2, ИЛ-6, ИЛ-8, ФНО- $\alpha$ , ФНО- $\beta$  в фолликулярной жидкости и перитонеальном транссудате усиливают воспаление, капиллярную проницаемость → Гиповолемия и Асцит → Нарушение перфузии органов, нарушения дыхания, центральной гемодинамики, микроорганизмы, колонизирующие кишечник, выходят за его пределы и оказывают на организм воздействие, схожее с таковым при сепсисе.

## 3. Конечная (исчерпывающая) ОРДС, тромбоэмболии

# Клиника тяжелой и критической форм СГЯ



# Агрессия внутрибрюшной гипертензии



## Сопоставление клинических критериев СГЯ и патофизиологических эффектов повышения ВБД

Форма СГЯ	Клинические признаки
Легкая	<ul style="list-style-type: none"><li>• Незначительные боли в животе</li><li>• Вздутие живота</li></ul>
Умеренная	<ul style="list-style-type: none"><li>• Умеренная боль в животе</li><li>• Тошнота + / - рвота</li></ul>
Тяжелая	<ul style="list-style-type: none"><li>• Массивный асцит</li><li>• ± Гидроторакс</li><li>• Олигурия</li><li>• Гематокрит &gt; 45%</li><li>• Лейкоциты &gt; 15000/мл</li><li>• Креатинин 1–1,5 мг% (88–132 мкмоль/л)</li><li>• Дисфункция печени</li><li>• Гипопротеинемия</li></ul>
Критическая	<ul style="list-style-type: none"><li>• Напряженный асцит</li><li>• Гидроторакс</li><li>• Гематокрита &gt; 55%</li><li>• Лейкоцитов &gt; 25 000/мл</li><li>• Олиго / анурия;</li><li>• Креатинин 1,6 мг% (141,3 мкмоль/л)</li><li>• Почечная недостаточность</li><li>• Внутричерепная гипертензия</li><li>• Тромбоэмболии</li><li>• Острый респираторный дистресс-синдром</li></ul>



# Ovarian hyperstimulation syndrome – the role of intra-abdominal pressure monitoring

C Lobo, S Twigg



NIH Public Access

Author Manuscript

*Fertil Steril*. Author manuscript; available in PMC 2011 June 27.

Published in final edited form as:

*Fertil Steril*. 2010 September ; 94(4): 1392–1398. doi:10.1016/j.fertnstert.2009.07.1662.

## The pathophysiology of ovarian hyperstimulation syndrome: an unrecognized compartment syndrome

Lisa C. Grossman, B.A.<sup>a,b</sup>, Konstantinos G. Michalakis, M.D.<sup>b</sup>, Hyacinth Browne, M.D.<sup>b</sup>, Mark D. Payson, M.D.<sup>c</sup>, and James H. Segars, M.D.<sup>b</sup>

## Abdominal Compartment Syndrome due to OHSS

Firoozeh Veisi; M.D., Maryam Zangeneh; M.D., Shohreh Malekkhosravi; M.D., Negin Rezavand; M.D.

High Risk Pregnancy Research Center, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran

Received October 2011; Revised and accepted March 2012



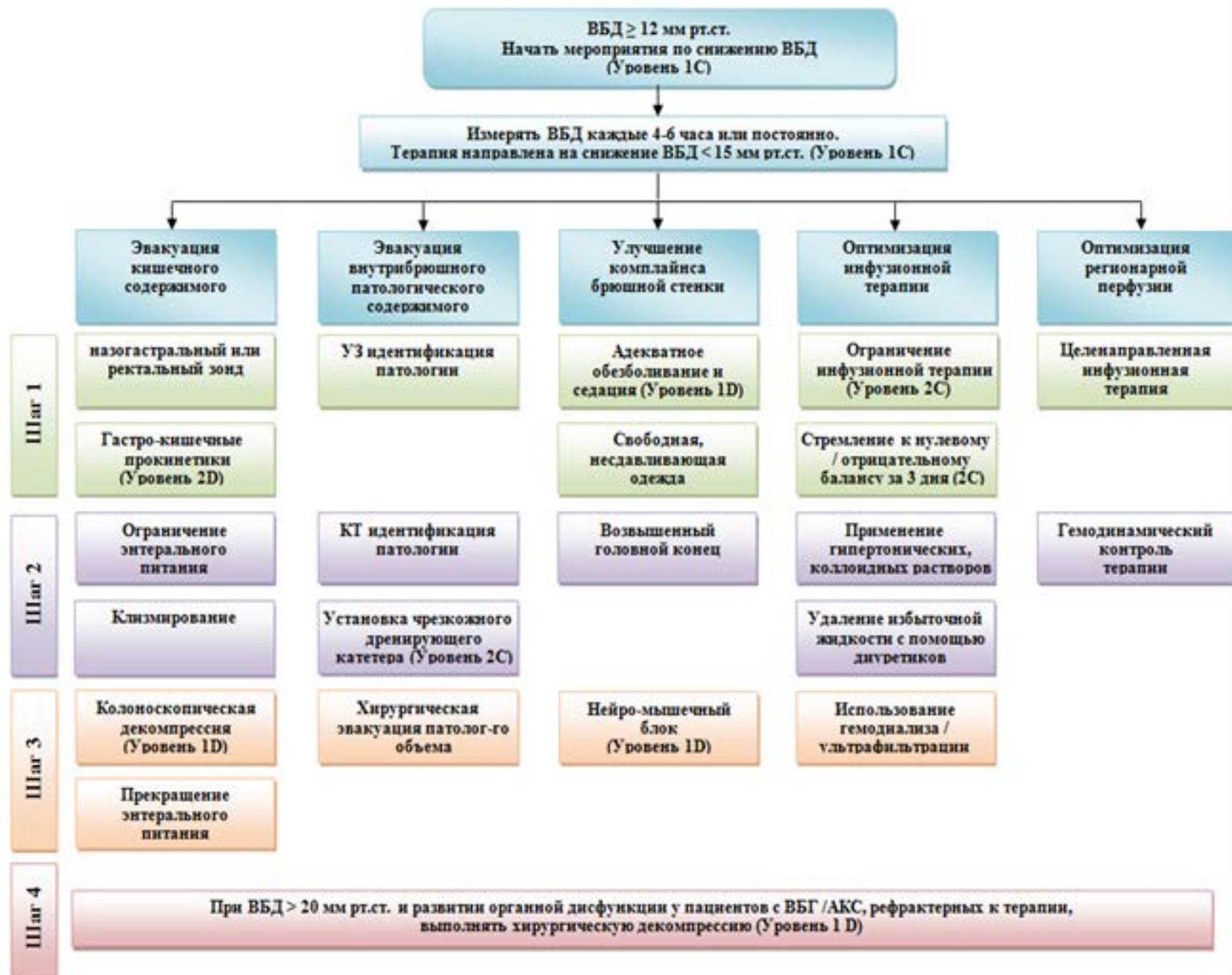
# WORLD SOCIETY OF THE ABDOMINAL COMPARTMENT SYNDROME (WSACS)

Intensive Care Med (2013) 39:1190–1206  
DOI 10.1007/s00134-013-2906-z

CONFERENCE REPORTS AND EXPERT PANEL

Andrew W. Kirkpatrick  
Derek J. Roberts  
Jan De Waele  
Roman Jaeschke  
Manu L. N. G. Malbrain  
Bart De Keulenaer  
Juan Duchesne  
Martin Bjorck  
Ari Leppaniemi

**Intra-abdominal hypertension  
and the abdominal compartment syndrome:  
updated consensus definitions and clinical  
practice guidelines from the World Society  
of the Abdominal Compartment Syndrome**



ОБЩЕРОССИЙСКАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ  
«ФЕДЕРАЦИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГОВ И РЕАНИМАТОЛОГОВ»

Клинические рекомендации

Куликов А.В.<sup>1</sup>, Шифман Е.М.<sup>2</sup>, Портнов И.Г.<sup>3</sup>

**Интенсивная терапия синдрома гиперстимуляции яичников**

- Инфузионная терапия (кристаллоиды, ГЭК)
- Обезболивание: анальгетики на основе парацетамола или опиаты (морфин, промедол);
- Противорвотные препараты (метоклопрамид)
- Каберголин 0,5 мг/сутки-снижение эффекта VEGF
- Тромбопрофилактика-НМГ в течение всего СГЯ
- Энтеральное питание в объеме 500-1000 мл/сутки в зависимости от качества усвоения.





# Инфузионная терапия при СГЯ

## При легком и умеренном СГЯ:

- Поддержание КОД - ГЭК 500 мл
- Кристаллоиды (Рингер, Стерофундин)– в объеме соответствующем потерям и темпу диуреза 100-150 мл/ч
- Коррекция гипонатриемии (NaCl 0,9%)
- После восстановления диуреза и энтерального питания – ограничение кристаллоидов

## При тяжелом и критическом СГЯ: то же +

- Коррекция гипопропротеинемии: альбумин 10-20% 300-400 мл 20-25 мл/ч

После восстановления возможности энтерального питания и диуреза более 0,5 мл/кг/ч объем инфузионной терапии должен быть немедленно сокращен



**Основой базисной инфузионной терапии при СГЯ** является раствор гидроксиэтилированного крахмала (ГЭК), с низкой молекулярной массой **130 000Да** и степенью замещения (**0,4; 0,42**) (**III**).



*Раствор ГЭК 6% (130/0,4) используют в суточном объеме 15-30 мл/кг. При критическом СГЯ возможно увеличение дозы до 50 мл/кг МТ.*



**При выраженной дегидратации и нарушении функции почек препараты гидроксиэтилкрахмала противопоказаны.**



*Раствор ГЭК 6 - 10% (200/0,5) в суточном объёме 20 мл/кг МТ. Свойствами, сдерживающими применение этого раствора при СГЯ по сравнению с ГЭК (130/04) является его способность накапливаться в организме, при длительном применении (более чем 7 дней), вызывать дисфункцию печени и повышать уровень печеночных трансаминаз до 800 Ед/л (**III**).*



*Показаниями к введению растворов альбумина в условиях генерализованного повреждения эндотелия при СГЯ является гипоальбуминемия (альбумин плазмы < 25 г/л или белок < 47 г/л. Используют 20% раствор в суточном объёме 3,5 мл/кг массы тела с последующим введением фуросемида, использование которого обосновано ...увеличивая риск развития интерстициального отека легких (**IV**).*



**Свежемороженая плазма используется в комплексной терапии СГЯ только при подтвержденном дефиците факторов свертывания крови.**



**Категорически запрещено использовать  
неразрешенные при беременности препараты!**

**Все лекарственные средства должны иметь в инструкции  
четкие указания на возможность применения во время  
беременности и грудного вскармливания.**





## Категории рисков для плода по FDA при применении лекарств беременными женщинами



**Категория А** — надлежащие исследования не выявили риска неблагоприятного воздействия на плод в первом триместре беременности и нет данных о риске во втором и третьем последующих триместрах

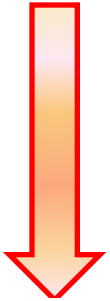
**Категория В** - для животных не выявили риска

**Категория С** - для животных выявили риск

**Категория D** - для плода человека выявили риск

**Категория N** - данное лекарство ещё не классифицировано FDA

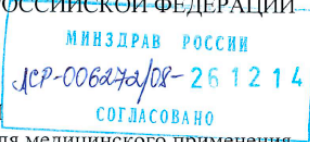
**Категория X** — выявлены нарушения развития плода или имеются доказательства риска отрицательного воздействия данного лекарства средства на плод человека и, таким образом, риски для плода от данного лекарства превышает возможную пользу для беременной женщины



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ИНСТРУКЦИЯ

по применению лекарственного препарата для медицинского применения



Тетраспан 6

наименование лекарственного препарата

раствор для инфузий

лекарственная форма, дозировка

Б.Браун Мельзунген АГ, Германия,

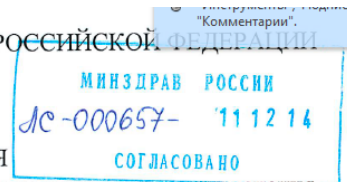
произведено Б.Браун Медикал АГ, Швейцария

наименование производителя, страна

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ИНСТРУКЦИЯ

по применению лекарственного препарата для медицинского применения



Венофундин

наименование лекарственного препарата

раствор для инфузий 6 %

лекарственная форма, дозировка

Б.Браун Мельзунген АГ, Германия,

произведено Б.Браун Медикал АГ, Швейцария

наименование производителя, страна

## Противопоказан

Изменение № 3

### С осторожностью

С особой осторожностью следует применять Венофундин:

- У пациентов с печеночной недостаточностью;
- При нарушениях свертывания крови, особенно при гемофилии и выявленной или подозреваемой болезни Виллебранда.

- Первый триместр беременности.

### С осторожностью

С осторожностью следует применять Венофундин:

- У пациентов с печеночной недостаточностью;
- У пациентов с компенсированной сердечной недостаточностью;
- У пациентов с внутричерепной гипертензией;
- При нарушениях свертывания крови, геморрагических диатезах, особенно при гемофилии и выявленной или подозреваемой болезни Виллебранда. Отменять при первых признаках коагулопатии;
- Во втором и третьем триместре беременности;
- У пациентов в критическом состоянии, как правило, находящихся в отделении реанимации, интенсивной терапии.



**ИНСТРУКЦИЯ**

по применению лекарственного препарата для медицинского применения

Волюлайт

наименование лекарственного препарата

раствор для инфузий

лекарственная форма: полиповекс

**Беременность и период грудного вскармливания**

Клинических данных о применении Волюлайта у беременных и кормящих матерей нет.

Использование Волюлайта во время беременности возможно только в тех ситуациях, когда потенциальная польза от применения препарата у матери превышает возможный риск для плода.

В настоящее время отсутствуют данные о выделении гидроксиэтилкрахмала и электролитов с грудным молоком, поэтому, при назначении Волюлайта необходимо предусмотреть возможность прекращения грудного вскармливания.

**Беременность и период грудного вскармливания**

Ограниченный опыт применения препаратов гидроксиэтилкрахмала 130/0,4 в 0,9 % растворе натрия хлорида при проведении кесарева сечения с использованием спинальной анестезии не выявил негативного влияния на мать и ребенка.

Использование Волюлайта во время беременности возможно только в тех ситуациях, когда потенциальная польза от применения препарата у матери превышает возможный риск для плода.

В настоящее время отсутствуют данные о выделении гидроксиэтилкрахмала и электролитов с грудным молоком, поэтому, при назначении Волюлайта необходимо предусмотреть возможность прекращения грудного вскармливания.

# Строение капилляров в различных органах

Фильтрация и реабсорбция 0,05%, остальное диффузия

Диффузия < 60 Å



1. Капилляр со сплошной (непрерывной) стенкой

Питающие сосуды



2. Капилляр с мелкодырчатой (фенестрированной) стенкой

Ворсины кишечника  
Клубочки почек  
Железы внутренней секреции



3. Капилляр с окончатой (прерывистой) стенкой

Печень  
Органы кроветворения

# Обезболивание



**Купирование болей: парацетамол, спазмолитики.**

Нестероидные противовоспалительные препараты не должны использоваться, ввиду возможного негативного влияния на функцию почек и плод в ранние сроки беременности (**Уровень доказательности 3**).



**Обезболивание:** аналгетики на основе **парацетамола** или **опиаты** (морфин, промедол, фентанил);

*(Опиаты - категория риска для плода по FDA – C)*

# Механизм абдоминальной боли при СГЯ



# Эпидуральная анальгезия

- Катетеризация ЭП на уровне L1 - ThXII;
- Непрерывная инфузия 0,1 % р-ра Ропивакаина гидрохлорида (Наропин «AstraZeneca») 6-8 мл/ч;
- Продолжительность ЭА 108-152 ч





## Материал исследования:

34 пациенток с  
тяжелым СГЯ

18 пациенток -  
проводилась  
стандартная терапия  
(I группа)

16 пациенток -  
выполнялась УЭА  
(II группа)



## Динамика показателей эндогенной интоксикации среди пациенток обследуемых групп

Показатели эндогенной интоксикации	СГЯ средней степени (n = 8)		Группа сравнения (n = 18)			Основная группа (n = 16)		
	Исход	5-е сутки	Исход	5-е сутки	8-е сутки	Исход	5-е сутки	8-е сутки
ЛИИ (усл.ед.)	1,4±0,2	2,5±0,4	1,5±0,1	3,4±0,1 *	5,8±0,1 **	1,5±0,2	2,7±0,1 *&	1,8±0,1 &&
МСМ (опт.ед.)	0,33± 0,02	0,58± 0,05	0,43± 0,01 *	0,88± 0,02 **	0,99± 0,02 **	0,45± 0,01 *	0,69± 0,01 *&	0,56± 0,01 *&&
ЦИК (опт.ед.)	56,3± 5,24	78,5± 4,67	78,2± 2,48 **	96,2± 7,3 **	112,0± 21,0 **	76,8± 3,24 **	72,7± 8,6 &&	27,4± 5,3 *&&
Эндотоксин (пкг/мл)	5,5± 0,1	17,5± 0,1	8,5± 0,1 **	96,5± 15,5 **	128,7± 11,6 **	8,5± 0,1 **	76,5± 6,2 **&&	37,1± 4,3 **&&

Примечание: \* достоверность различий при  $p < 0,05$ ; \*\* - при  $p < 0,001$ , по сравнению с группой СГЯ средней степени; & - при  $p < 0,05$ ; && при  $p < 0,001$ , по сравнению с группой сравнения

# Динамика показателей регионарного почечного кровотока и уродинамики

Показатели почечного кровотока и уродинамики	СГЯ средней степени (n = 8)		Группа сравнения (n = 18)			Основная группа (n = 16)		
	Исход	5-е сутки	Исход	5-е сутки	8-е сутки	Исход	5-е сутки	8-е сутки
ИР СПА (отн.ед.)	0,60± 0,02	0,61± 0,04	0,60± 0,01	0,64± 0,01 *	0,62± 0,02	0,61± 0,34	0,62± 0,03	0,61± 0,04
Vmax СПВ (см/с)	10,33± 1,40	9,03± 1,32	9,80± 1,62	7,43± 1,17 **	7,94± 1,21 **	9,82± 1,53	8,89± 1,25 &	9,54± 1,73 &&
Vmin СПВ (см/с)	8,80± 1,43	7,64± 1,64	8,29± 1,86	7,02± 1,05 *	5,64± 0,71 **	8,51± 1,27	7,24± 1,41 &&	7,75± 1,32 &&
RIVI СПВ (отн.ед.)	0,30± 0,08	0,28± 0,01	0,29± 0,03	0,26± 0,04 **	0,27± 0,02 **	0,29± 0,05	0,28± 0,01 &&	0,29± 0,02 &&
МПВ (м/с)	0,13± 0,01	0,12± 0,01	0,13± 0,01	0,09± 0,01 **	0,07± 0,02 **	0,13± 0,01	0,11± 0,01 &&	0,12± 0,04 &&

Примечание: \* достоверность различий при  $p < 0,05$ ; \*\* - при  $p < 0,001$ , по сравнению с группой СГЯ средней степени; & - при  $p < 0,05$ ; && при  $p < 0,001$ , по сравнению с группой сравнения; СПА – сегментарные почечные артерии, СПВ – сегментарные вены МПВ – мочеточничко-пузырный выброс

# Динамика показателей регионарного маточного кровотока

Индексы резистентности артерий матки	СГЯ средней степени (n = 8)		Группа сравнения (n = 18)			Основная группа (n = 16)		
	Исход	5-е сутки	Исход	5-е сутки	8-е сутки	Исход	5-е сутки	8-е сутки
ИР МА (отн.ед.)	0,79± 0,04	0,81± 0,02	0,79± 0,02	0,83± 0,01 *	0,84± 0,01 *	0,79± 0,02	0,81± 0,01 &	0,78± 0,02 &
ИР АА (отн.ед.)	0,73± 0,05	0,75± 0,01	0,73± 0,01	0,77± 0,01 *	0,78± 0,00 *	0,73± 0,01	0,76± 0,01 &	0,74± 0,01 &
ИР РА (отн.ед.)	0,7± 0,01	0,72± 0,01	0,71± 0,03	0,74± 0,05 *	0,76± 0,01 **	0,71± 0,03	0,73± 0,04 &	0,72± 0,00 &&
ИР СА (отн.ед.)	0,62± 0,01	0,66± 0,02	0,62± 0,02	0,70± 0,01 **	0,74± 0,02 **	0,62± 0,02	0,68± 0,04 &	0,64± 0,02 &&

Примечание: \* достоверность различий при  $p < 0,05$ ; \*\* - при  $p < 0,001$ , по сравнению с группой СГЯ средней степени; & - при  $p < 0,05$ ; && при  $p < 0,001$ , по сравнению с группой сравнения; МА – маточные артерии, АА – аркуатные артерии, РА – радиальные артерии, СА – спиральные артерии

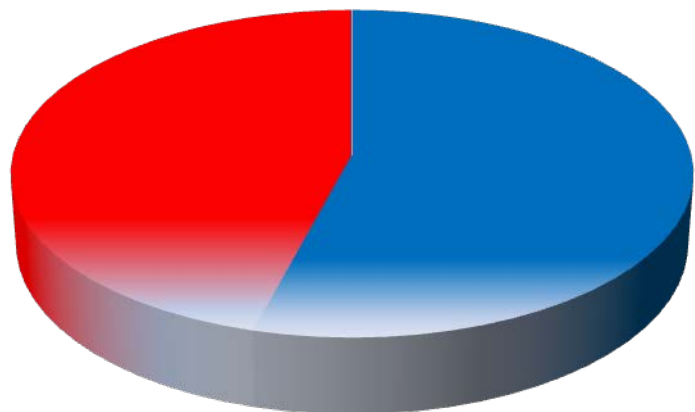
# Динамика показателей регионарной микроциркуляции и тканевого дыхания (в заднем своде влагалища)

Показатели перфузии и тканевого дыхания	СГЯ средней степени (n = 8)		Группа сравнения (n = 18)			Основная группа (n = 16)		
	Исход	5-е сутки	Исход	5-е сутки	8-е сутки	Исход	5-е сутки	8-е сутки
ПМ (пер.ед.)	14,4± 2,2	12,6± 0,4	13,7± 1,1	8,8± 0,1 **	5,8± 0,1 **	14,5± 1,1	10,7± 0,1 *&&	11,8± 0,1 *&&
U (отн.ед.)	1,33± 0,01	1,11± 0,00	1,30± 0,01	0,06± 0,01 **	0,04± 0,00 **	1,28± 0,01	0,09± 0,01 *&	0,10± 0,01 *&&
ФПК (отн.ед.)	1,2± 0,01	1,17± 0,01	1,19± 0,01	0,97± 0,01 **	0,70± 0,01 **	1,18± 0,01	1,10± 0,01 *&&	1,14± 0,00 *&&
ЭКО (отн.ед.)	25,5± 2,1	23,6± 3,0	24,7± 2,05	14,5± 0,5 **	10,7± 1,2 **	25,0± 2,0	20,2± 1,2 *&&	23,7± 1,7 *&&

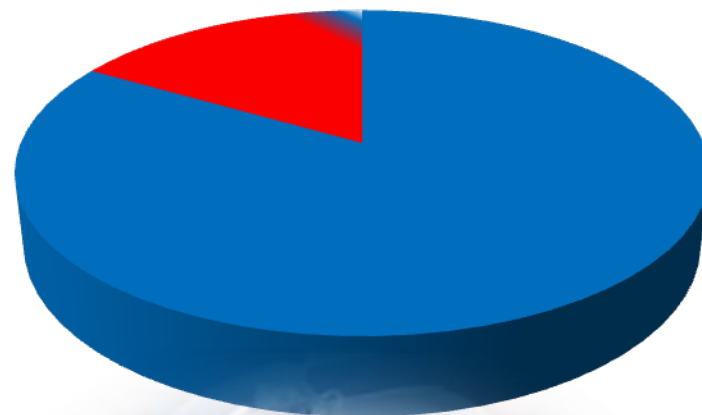
Примечание: \* достоверность различий при  $p < 0,05$ ; \*\* - при  $p < 0,001$ , по сравнению с группой СГЯ средней степени; & - при  $p < 0,05$ ; && при  $p < 0,001$ , по сравнению с группой сравнения



# Влияние терапии на исходы беременности у пациенток с тяжелой степенью СГЯ



■ Беременность сохранена  
■ Прерывание беременности



ОБЩЕРОССИЙСКАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ  
«ФЕДЕРАЦИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГОВ И РЕАНИМАТОЛОГОВ»

Клинические рекомендации

Куликов А.В.<sup>1</sup>, Шифман Е.М.<sup>2</sup>, Портнов И.Г.<sup>3</sup>

**Интенсивная терапия синдрома гиперстимуляции яичников**

- Инфузионная терапия (кристаллоиды, ГЭК)
- Обезболивание: анальгетики на основе парацетамола или опиаты (морфин, промедол, фентанил);
- **Противорвотные препараты (метоклопрамид)**
- Каберголин 0,5 мг/сутки-снижение эффекта VEGF
- Тромбопрофилактика-НМГ в течение всего СГЯ
- Энтеральное питание в объеме 500-1000 мл/сутки в зависимости от качества усвоения.

Abstract

Send to

JAMA. 2013 Oct 16;310(15):1601-11. doi: 10.1001/jama.2013.278343.

**Metoclopramide in pregnancy and risk of major congenital malformations and fetal death.**Pasternak B<sup>1</sup>, Svanström H, Mølgaard-Nielsen D, Melbye M, Hviid A.

## + Author information

**Abstract**

**IMPORTANCE:** Metoclopramide, a drug frequently used for nausea and vomiting in pregnancy, is thought to be safe, but information on the risk of specific malformations and fetal death is lacking.

**OBJECTIVE:** To investigate the safety of metoclopramide use in pregnancy.

Исследователи из Statens Serum Institut (Копенгаген, Дания) провели анализ данных о 1 222 503 беременностях, имевших место в Дании с 1997 по 2011 год. В отобранной группе из почти 150 тысяч женщин приблизительно каждая четвертая получала метоклопрамид в первом триместре беременности.

Анализ показал, что уровень появления врожденных пороков развития у детей, как подвергавшихся, так и не подвергавшихся воздействию препарата во внутриутробном периоде, примерно одинаков. Не было выявлено и связанного с метоклопрамидом роста по каждому из 20 основных видов врожденных пороков в отдельности, включая дефект нервной трубки, заячью губу, волчью пасть и недоразвитие конечностей. Авторы также не обнаружили разницы между двумя группами женщин - принимавших и не принимавших метоклопрамид - по статистике самопроизвольных выкидышей, мертворождений, преждевременных родов, рождения детей с низким весом или недоразвития плода.



## Original Article

### A survey of prescribing for the management of nausea and vomiting in pregnancy in Australasia

Stephen H. Raymond<sup>†</sup>

Article first published online: 25 JAN 2013

DOI: 10.1111/ajo.12045

© 2013 The Author ANZJOG © 2013 The Royal  
Australian and New Zealand College of  
Obstetricians and Gynaecologists

## Issue



Australian and New Zealand  
Journal of Obstetrics and  
Gynaecology

**Volume 53, Issue 4, pages  
358–362, August 2013**

## SEARCH

In this issue

Advanced > Saved Searches >

## ARTICLE TOOLS

- Get PDF (620K)
- Save to My Profile
- E-mail Link to this Article
- Export Citation for this Article
- Get Citation Alerts

## Metoclopramide

Metoclopramide is classified as pregnancy category A and is the most commonly prescribed antiemetic in pregnancy. Category A may appear reassuring in terms of safety, but does not give any indication of the drug's efficacy. In fact many pregnant women report that metoclopramide is ineffective for their nausea and vomiting.[4](#)

В самом деле, многие беременные женщины сообщают, что метоклопрамид является неэффективным для их тошноты и рвоты [4](#).



## ИНСТРУКЦИЯ

По применению лекарственного препарата для  
медицинского применения

**МЕТОКЛОПРОМИД**

**Регистрационный номер: P N002157/01**

- Большинство побочных эффектов возникает в течение 36 часов от начала лечения...  
(экстрапирамидные нарушения, сонливость, астенизация)  
Лечение должно быть кратковременным.
- ... снижает активность карбегolina.
- **Применение препарата противопоказано в I триместре беременности.**





## THE MANAGEMENT OF OVARIAN HYPERSTIMULATION SYNDROME.

### 9.6 How should ascites or effusions be managed?

Paracentesis should be considered in women who are distressed due to abdominal distension or in whom oliguria persists despite adequate volume replacement.

B

Paracentesis should be performed under ultrasound guidance to avoid inadvertent puncture of vascular ovaries distended by large luteal cysts.

B

Intravenous colloid replacement should be considered for women who have large volumes of ascitic fluid drained.

B

Where women have significant discomfort or respiratory embarrassment because of severe abdominal distension, abdominal paracentesis should be considered.<sup>19-21</sup> It should also be considered for women who remain oliguric despite adequate fluid replacement, as the relief of intraabdominal pressure may promote renal perfusion and improve urine output. Intra-abdominal pressure may be measured via a urinary catheter with pressures greater than 20 mmHg suggestive of the need for decompression.<sup>22</sup>

Evidence  
level III

To avoid cardiovascular collapse from massive fluid shifts, the rate of ascitic fluid drainage should be controlled, intravenous colloid should be administered and blood pressure and pulse should be monitored. Aspiration of ascites should take place under ultrasound guidance to minimise the risk of injury to enlarged, vascular ovaries. Transabdominal aspiration is likely to be better tolerated than a vaginal approach. Repeated paracenteses may be avoided by the use of pigtail or suprapubic catheter that can be left in place.<sup>23</sup>

Evidence  
level III

Drainage of ascites alone may suffice to resolve hydrothorax, if present,<sup>24</sup> but symptomatic hydrothorax that persists despite abdominal paracentesis may be drained directly.

Evidence  
level III

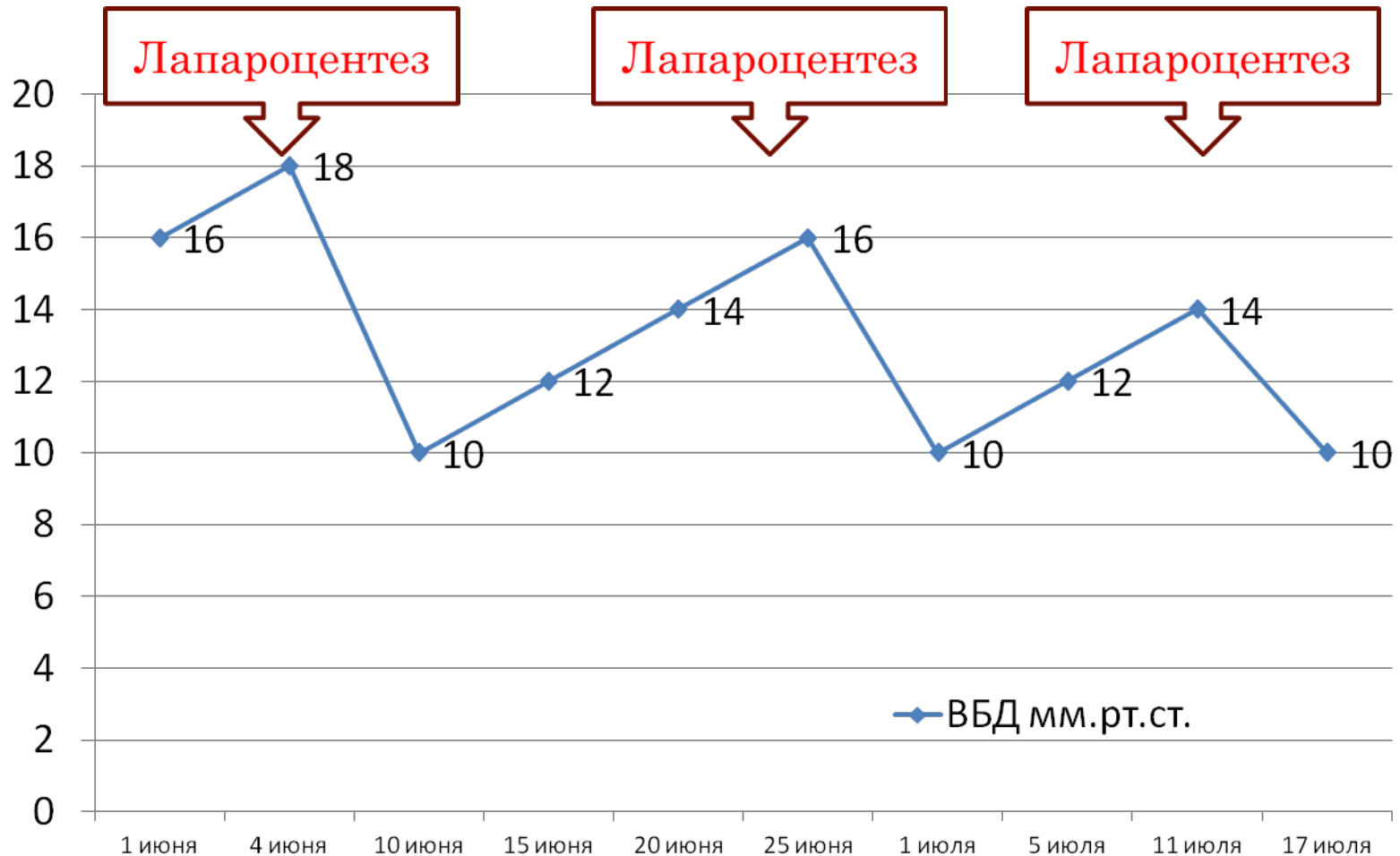
**При напряженном асците, олигурии, дыхательной недостаточности, неэффективности проводимой терапии (СПОД); при ВБД более 20 мм рт.ст.**

# Эффекты лапароцентеза у пациенток с СГЯ

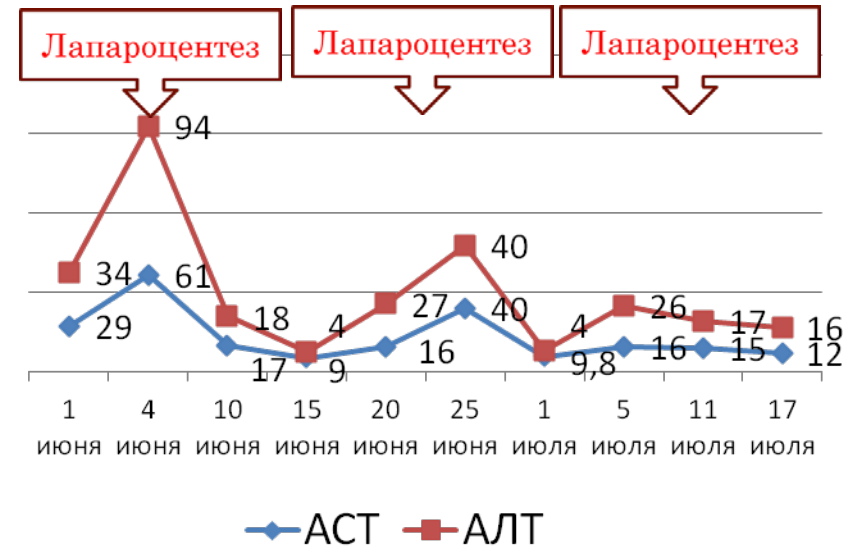
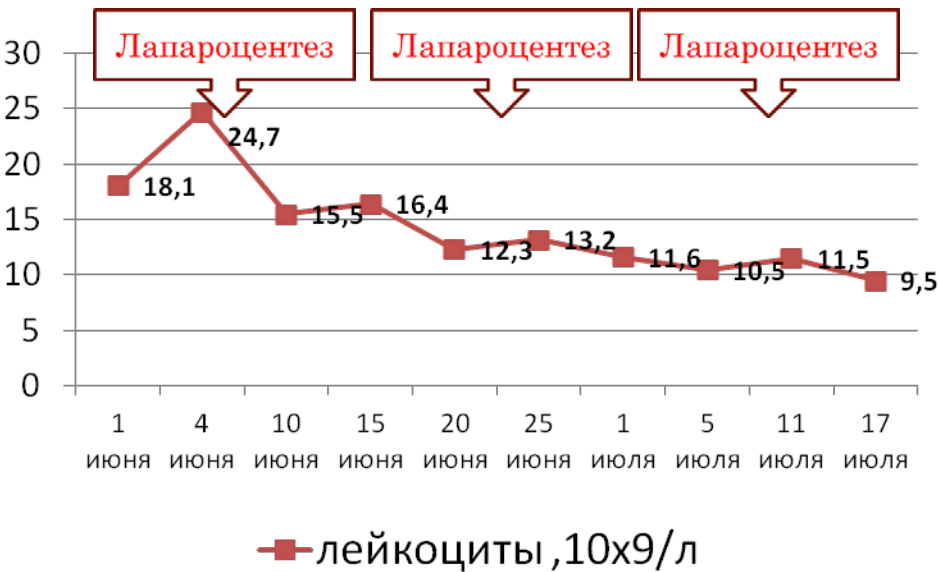
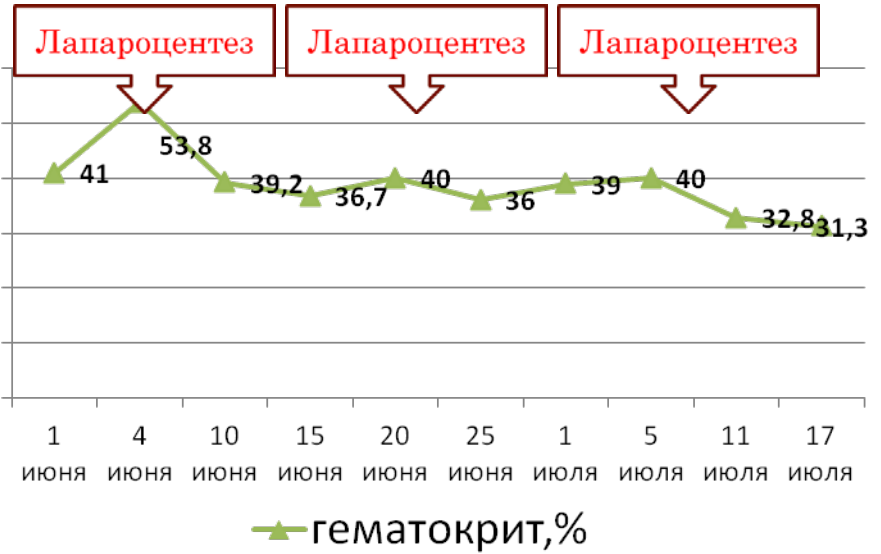
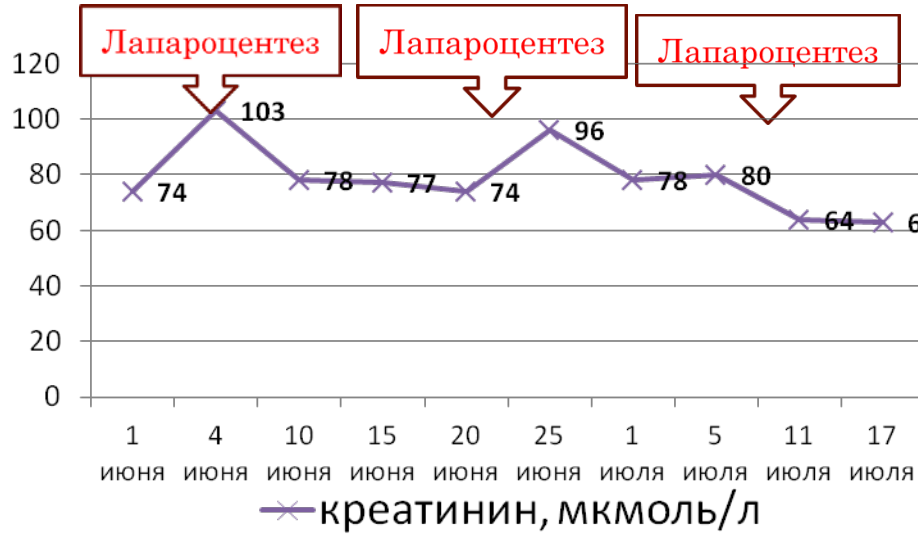
- Улучшение почечного кровотока , увеличение диуреза;
- Уменьшение выраженности легочной симптоматики, купирование тяжелой дыхательной недостаточности;
- Снижение гематокрита, лейкоцитоза;
- Увеличение маточной перфузии

Thaler I. et al., 1981; Chen C.D. et al., 1998; Levin I. et al., 2002;  
Maslovitz S. et al., 2004; Vlahos NF, Gregoriou O., 2006

# Динамика уровня ВБГ у пациентки с тяжелой формой СГЯ



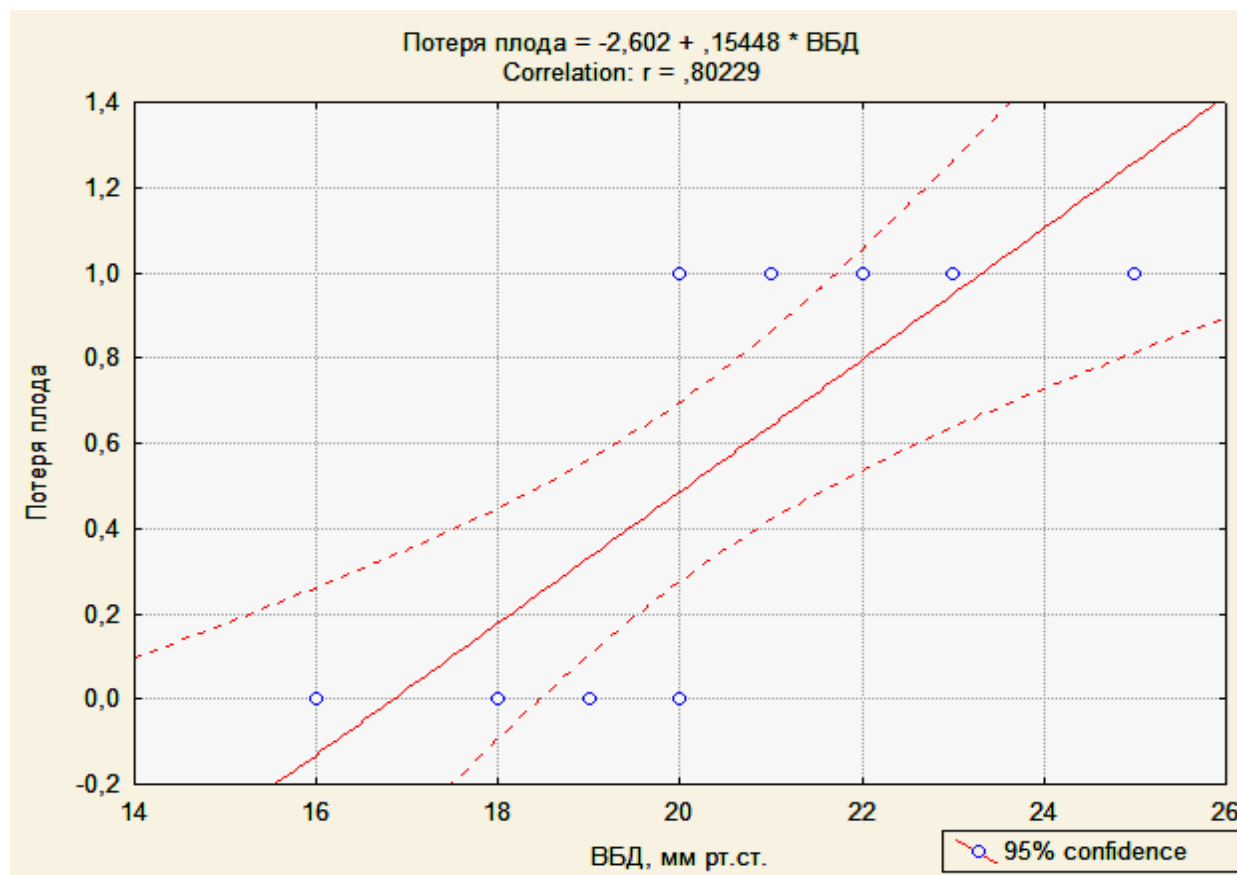
# Динамика уровня биохимических и гематологических показателей



Д.В. Маршалов<sup>1</sup>, И.А. Салов<sup>1</sup>, Е.М. Шифман<sup>2</sup>, А.П. Петренко<sup>1</sup>, Р.Р. Салюков<sup>1</sup>, М.О. Бацунова<sup>1</sup>  
РОЛЬ ВНУТРИБРЮШНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В РАЗВИТИИ И ИСХОДАХ  
СИНДРОМА ГИПЕРСТИМУЛЯЦИИ ЯИЧНИКОВ

<sup>1</sup>ГБОУ ВПО Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского  
Минздравсоцразвития РФ, 410017, Саратов; <sup>2</sup>Российский университет дружбы народов,  
117198, Москва

## Зависимость потери плода от уровня ВБД при СГЯ



# 卵巢過度刺激症候群 (ovarian hyperstimulation syndrome, OHSS)



**Одновременно удалять не более 3000 мл**



# Лапароцентез

При тяжелом течении СГЯ особенно на фоне беременности целесообразно пролонгированное порционное удаление перитонеального транссудата из брюшной полости длительностью от 7 до 30 дней апирогенным катетером.

Это подход имеет ряд преимуществ, так как позволяет избежать одномоментной эвакуации большого объёма жидкости и тем самым исключить резкие колебания внутрибрюшного давления, вызывающие нарушения гемодинамики, стабилизировать состояние больной, избежать повторных пункций брюшной полости **(Уровень доказательности 3)**.

# Установка чрезкожного дренирующего катетера в программе лечения СГЯ



## The Diagnosis and Management of Ovarian Hyperstimulation Syndrome

## The Prevention of Ovarian Hyperstimulation Syndrome

### Culdocentesis

Active outpatient intervention in the early stages of OHSS can minimize associated complications.<sup>63</sup> Culdocentesis may alleviate patient discomfort and function to precipitate diuresis in women who are oliguric.<sup>64</sup> Culdocentesis can be offered in an attempt to prevent disease progression in severe OHSS and eliminate the need for hospital admission.<sup>63</sup>

### Recommendation

9. Outpatient culdocentesis should be considered for the prevention of disease progression in severe ovarian hyperstimulation syndrome. (II-2B)

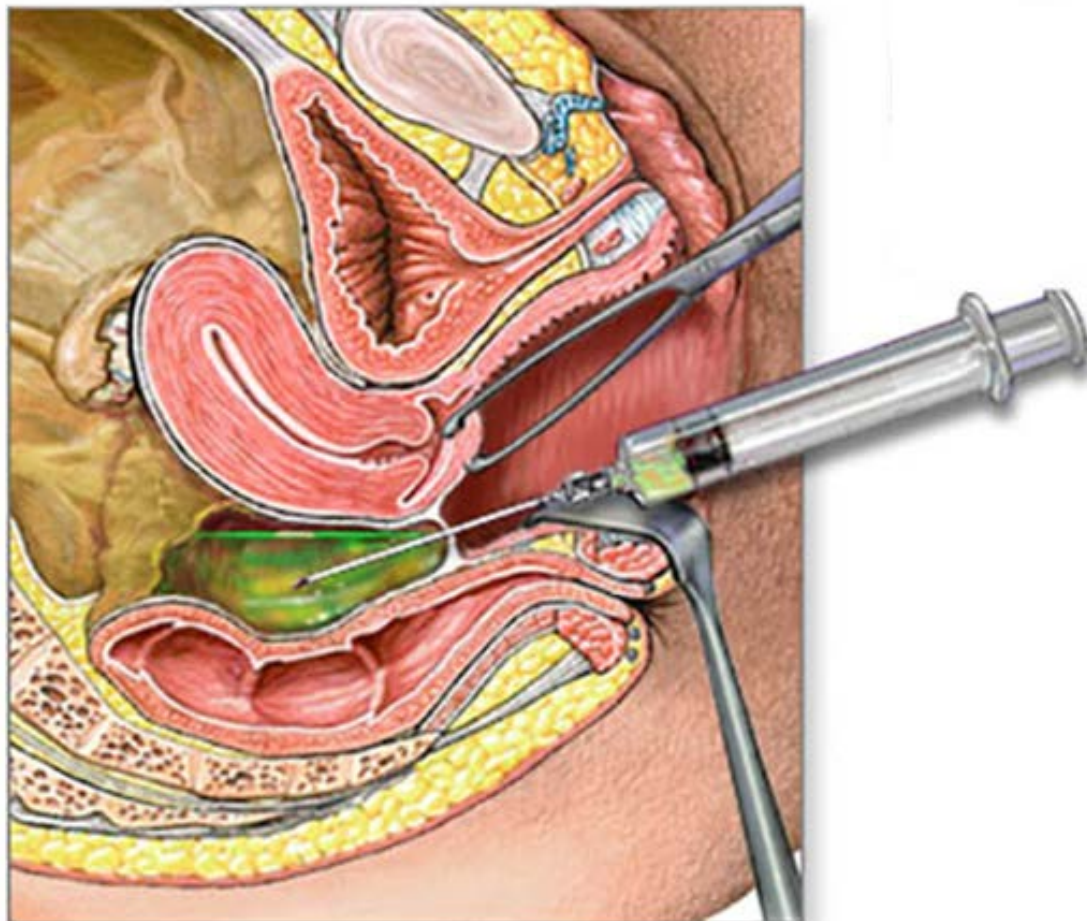
**За несколько лет поменялся взгляд на значимость абдоминальной декомпрессии в предупреждении прогрессирования и лечения СГЯ**

**При напряженном асците, олигурии, дыхательной недостаточности, неэффективности проводимой терапии (СПОД); при ВБД более 20 мм рт.ст.**

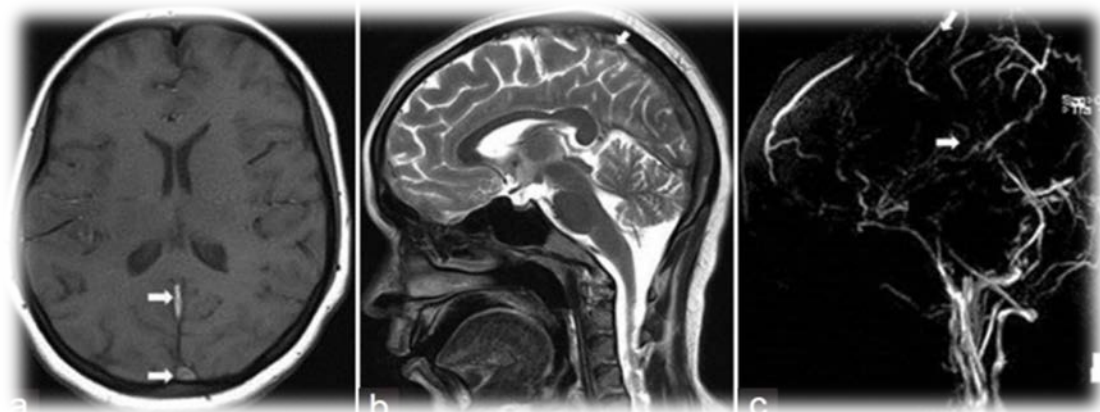
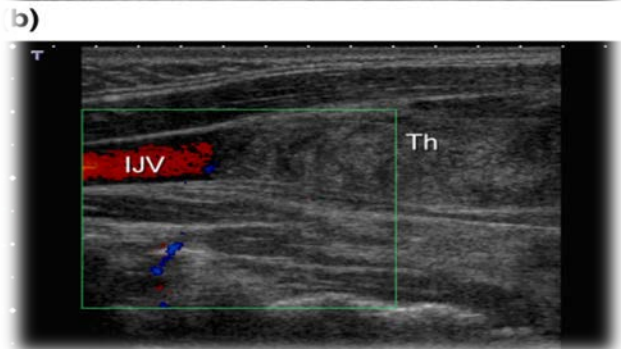
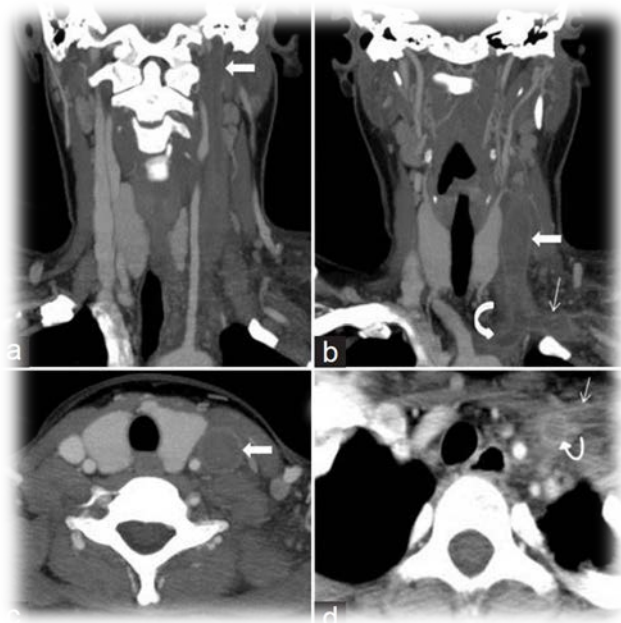


**Ранее вмешательство**  
**Амбулаторное выполнение кульдоцентеза должно быть рассмотрено для предотвращения прогрессирования синдрома гиперстимуляции яичников до его тяжелых форм (II-2B)**

# Кульдоцентез







В 75% случаев диагностируют тромбообразование в венозном русле с преимущественной локализацией в сосудах верхней конечности, шеи и головы (60%), однако может развиться спонтанный артериальный тромбоз с локализацией в сосудах головного мозга.

# Тромбопрофилактика



Основой профилактики тромботических осложнений при СГЯ является устранение гемоконцентрации.



**Антитромботическая терапия показана при появлении лабораторных признаков гиперкоагуляции.** Исследование протромбинового индекса, международного нормализованного отношения (МНО) и активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ) не дает информации для оценки риска тромботических осложнений.



Используемые препараты: *нефракционированный гепарин (НГ) и низкомолекулярные гепарины (НМГ)* Необходимым условием для назначения нефракционированного гепарина (НГ) является нормальное значение АТ - III.

Суточная доза - 10-20 тыс. ЕД п/к. Лабораторный контроль – АЧТВ, определение количества тромбоцитов на 7 сутки лечения.



**Показанием для назначения НМГ, является повышение концентрации D-димера в плазме крови,** которое обычно сопровождается повышением уровня фибриногена и снижением концентрации АТ- III. Назначение НМГ прекращают при достижении нормативных значений D-димера (**Уровень доказательности 3**).



BRIEF COMMUNICATION

Open Access

## Plasma concentrations of D-dimer and outcome of in vitro fertilization

Marcello Di Nisio<sup>1,2</sup>, Ettore Porreca<sup>3</sup>, Valeria Di Donato<sup>3</sup> and Gian Mario Tiboni<sup>3\*</sup>

### Abstract

**Background:** The activation of blood coagulation could contribute to the failure of in-vitro fertilization (IVF) techniques. The aim of this study was to assess the predictive value of D-dimer levels for pregnancy outcome in women undergoing IVF.

**Findings:** A prospective study was performed in 105 women undergoing IVF. D-dimer was measured before and one week after the administration of recombinant human chorionic gonadotropin (r-hCG). The primary outcome of the study was clinical pregnancy. The mean age was 36 years (range 26 to 43 years). The main indications for IVF were infertility due to a tubaric (n = 21, 20%) or male factor (n = 37, 35%) and idiopathic infertility (n = 30, 29%) which altogether accounted for 84% of the total. Clinical pregnancy was achieved by 40/105 (38%) women of whom 32 (80%) delivered a live child. On the day of r-hCG administration, D-dimer concentrations were significantly higher in patients not achieving a clinical pregnancy (141 ng/dL vs. 115 ng/dL, p = 0.035) which remained statistically significant after correction for age and indications for IVF in multivariable analysis (p = 0.032). One week after r-hCG, the levels of D-dimer were significantly increased both in women with and without a clinical pregnancy with no differences between the groups (748 ng/dL vs. 767 ng/dL, p = 0.88).

**Conclusions:** D-dimer concentrations seem to predict a higher risk of pregnancy failure in women undergoing IVF. If confirmed in future prospective studies, D-dimer could help identifying a group of patients who could benefit from prophylaxis to increase the pregnancy success rate.

**Keywords:** In-vitro fertilization, Clinical pregnancy, D-dimer, Hypercoagulability

**Нормальный уровень Д-димера наблюдается у женщин до ЭКО вне зависимости от исхода и повышается у всех одинаково после стимуляции - нет смысла его мерить и «лечить»!**



# Тромбопрофилактика

## При развитии СГЯ всегда!

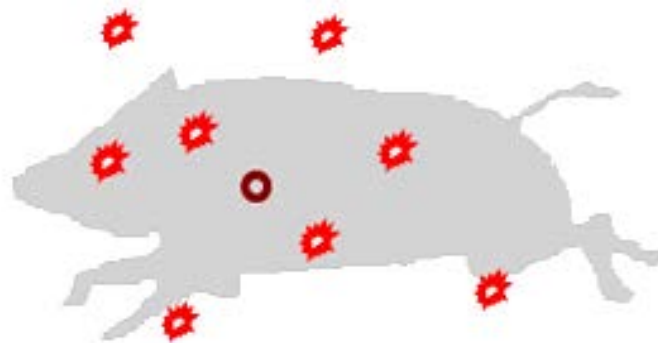
СГЯ входит во все шкалы оценки риска тромбоэмболических осложнений во время беременности и требует проведения тромбопрофилактики НМГ как минимум на этапе госпитализации в стационаре или на более продолжительное время в зависимости от сопутствующих факторов (тромбофилия).

Ацетилсалициловая кислота (аспирин) допускается для использования после 13 недели беременности в дозе не более 75 мг при уже перенесенном в прошлом эпизоде артериального тромбоза и требует информированного согласия пациентки на прием тератогенного препарата.



**Все используемые НМГ обладают одинаковой эффективностью и переносимостью.**

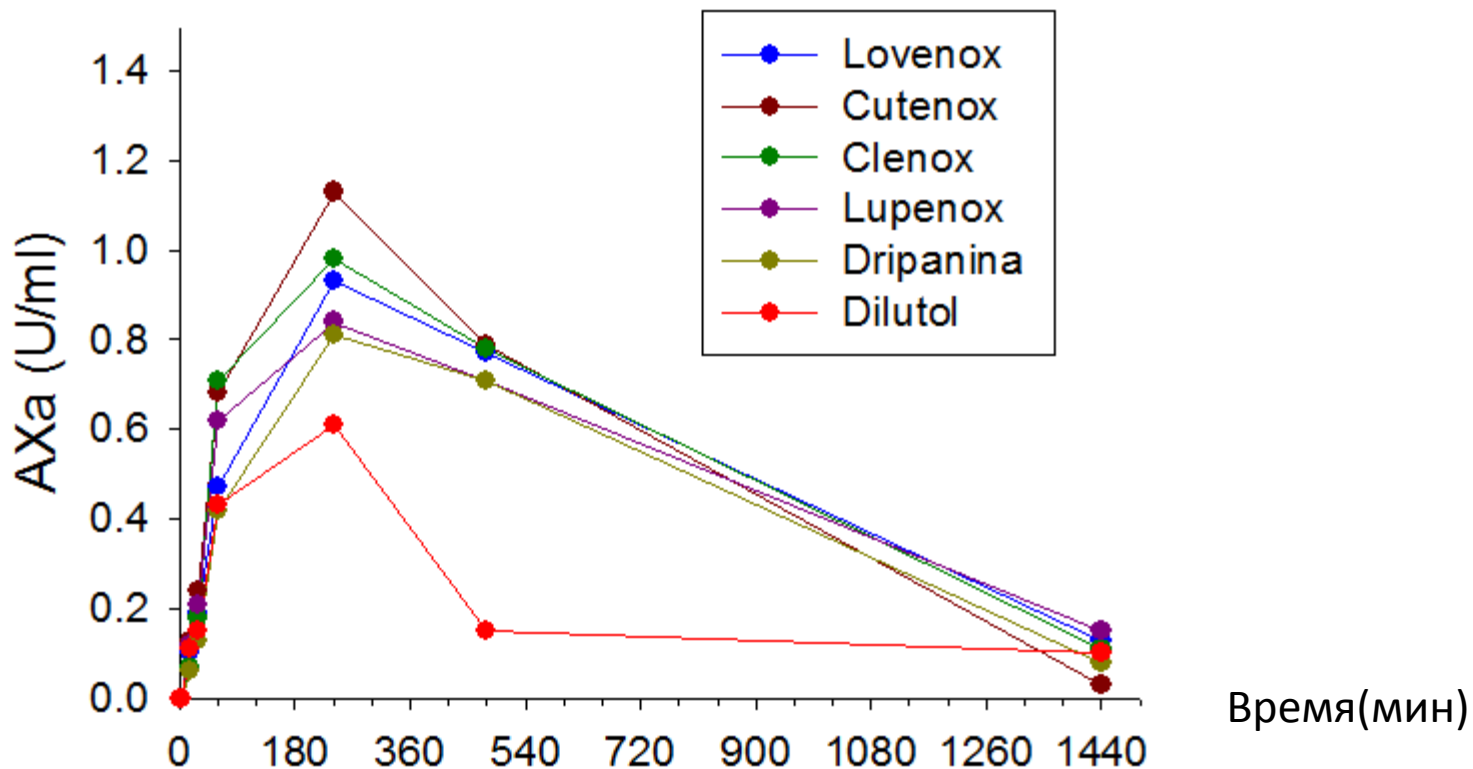
**Частота наступления беременности и репродуктивных плодовых потерь не зависит от вида используемого НМГ.**



**Количество картечи компенсирует неточность стрельбы...**

# Биологические препараты и биоаналоги

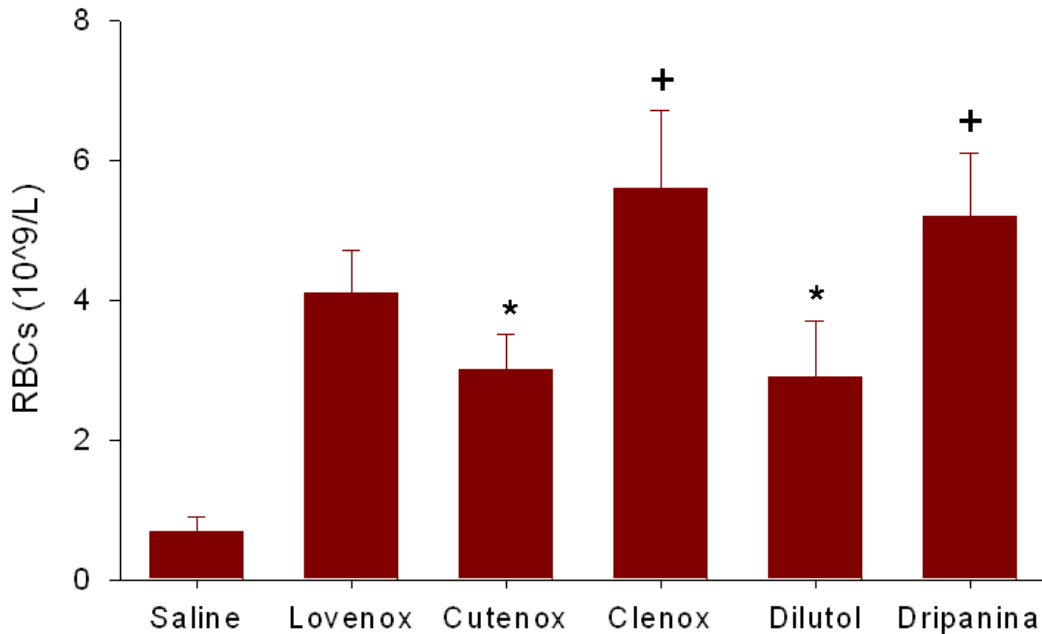
**ФД различия анти-Ха - изучение на приматах (100 мг\кг п\к)**



**Показатели AUC для некоторых биоаналогов находились вне рамок, приемлемых для биоэквивалентности**

# Биологические препараты и биоаналоги

**Модель тромбоза in vivo подтверждает клиническое значение различий, выявленных с помощью различных методов**



- **Кровотечение из уха кролика**

Кровотечение вызывали по методике Cade J.F. *et al* (Thromb. Res. 35:613-25, 1984.) НМГ вводили в дозе 5 мг/кг внутривенно в виде болюса. Через 15 минут оценивали кровопотерю в течение 10 минут.

Hemorrhagic tendencies for Lovenox and several generic enoxaparins were compared following intravenous administration of a dose of 5 mg/kg to rabbits using an ear bleeding model. Variable amounts of blood loss were observed in animals treated with the generic enoxaparins.

Article types Summary 20 per page Sort by Most Recent Send to:  
Clinical Trial  
Review  
Customize ...  
Text availability  
Abstract

**Search results**  
Items: 1 to 20 of 283

<< First < Prev Page 1 of 15 Next > Last >>

Article types Summary 20 per page Sort by Most Recent Send to:  
Clinical Trial  
Review  
Customize ...  
Text availability  
Abstract

**Search results**  
Items: 1 to 20 of 105

<< First < Prev Page 1 of 6 Next > Last >>

Article types Summary 20 per page Sort by Most Recent Send to:  
Clinical Trial  
Review  
Customize ...  
Text availability  
Abstract

**Search results**  
Items: 1 to 20 of 47

<< First < Prev Page 1 of 3 Next > Last >>

Article types Summary Sort by Most Recent Send to:  
Clinical Trial  
Review  
Customize ...  
Text availability  
Abstract

**Search results**  
Items: 4



PubMed

ovarian hyperstimulation syndrome enoxiparin

Search

Create RSS Create alert Advanced

Article types

Summary Sort by Most Recent

Send to:

Clinical Trial

Review

Customize ...

**Search results**

Text availability

**Items: 2**

PubMed

ovarian hyperstimulation syndrome dalteparin

Search

Create alert Advanced

Article types

Clinical Trial

Review

Customize ...

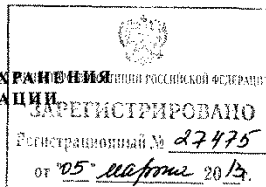
Text availability

**No items found.**

# Эноксапарин натрия – единственный НМГ, утвержденный приказами МЗ РФ



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
(Минздрав России)



ПРИКАЗ

6 ноября 2012

№ 583Н

Москва

**Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при родоразрешении посредством кесарева сечения**

В соответствии со статьей 37 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446) п р и к а з ы в а ю:

Утвердить стандарт специализированной медицинской помощи при родоразрешении посредством кесарева сечения согласно приложению.

Министр

В.И. Скворцова

КОПИЯ ВЕРНА

Начальник Общего отдела

Чудов 20 11 12

Ю.В. Кулешова

Кулешова



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ЗАРЕГИСТРИРОВАНО  
Регистрационный № 26418  
от 30 ноября 2012

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
(Минздрав России)

ПРИКАЗ

7 ноября 2012

№ 588Н

Москва

**Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при гипоксии плода, недостаточном росте плода, других плацентарных нарушениях**

В соответствии со статьей 37 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446) п р и к а з ы в а ю:

Утвердить стандарт специализированной медицинской помощи при гипоксии плода, недостаточным росте плода, других плацентарных нарушениях согласно приложению.

Министр

В.И. Скворцова

КОПИЯ ВЕРНА

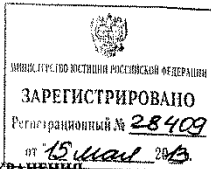
Начальник Общего отдела

13 ноября 2012

Ю.В. Кулешова

Кулешова





МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
(Минздрав России)

**ПРИКАЗ**

7 ноября 2012

Москва

№ 5904

Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при самопроизвольном прерывании беременности

В соответствии со статьей 37 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446) п р и к а з ы в а ю:

Утвердить стандарт специализированной медицинской помощи при самопроизвольном прерывании беременности согласно приложению.

Министр

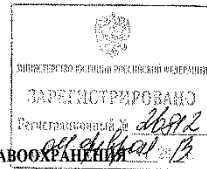
*Сивцова*

В.И. Сивцова

КОПИЯ ВЕРНА

Почтовый ящик в отделе

12 ноября 2012



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
(Минздрав России)

**ПРИКАЗ**

7 ноября 2012

Москва

№ 6004

Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты

В соответствии со статьей 37 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446) п р и к а з ы в а ю:

Утвердить стандарт специализированной медицинской помощи при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты согласно приложению.

Министр

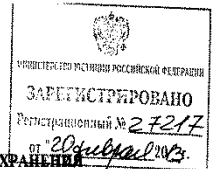
*Сивцова*

В.И. Сивцова

КОПИЯ ВЕРНА

Почтовый ящик в отделе

12 ноября 2012



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
(Минздрав России)

**ПРИКАЗ**

7 ноября 2012

Москва

№ 5914

Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при нарушениях родовой деятельности

В соответствии со статьей 37 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446) п р и к а з ы в а ю:

Утвердить стандарт специализированной медицинской помощи при нарушениях родовой деятельности согласно приложению.

Министр

*Сивцова*

В.И. Сивцова

КОПИЯ ВЕРНА

Почтовый ящик в отделе

12 ноября 2012



B01.003.004.011	Сочетанная анестезия	0,01	1
<b>2.6. Немедикаментозные методы профилактики, лечения и медицинской реабилитации</b>			
<b>Код медицинской услуги</b>	<b>Наименование медицинской услуги</b>	<b>Усредненный показатель частоты предоставления</b>	<b>Усредненный показатель кратности применения</b>
A21.12.002	Перемежающаяся пневмокомпрессия	0,8	1

**3. Перечень лекарственных препаратов для медицинского применения, зарегистрированных на территории Российской Федерации, с указанием средних суточных и курсовых доз**

Код	Анатомо-терапевтическо-химическая классификация	Наименование лекарственного препарата**	Усредненный показатель частоты предоставления	Единицы измерения	ССД***	СКД****
A03BA	Алкалоиды белладонны, третичные амины	Атропин	0,8	мг	1	3
B01AB	Группа гепарина	Гепарин натрия Эноксапарин натрия	0,4	ЕД мг	20000 80	120000 400
B02AA	Аминокислоты	Транексамовая кислота	0,2	мг	1000	1000
B03AB	Пероральные препараты трехвалентного железа	Железа {III} гидроксид полимальтозат	0,2	мг	300	1800



## ЭНТЕРАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ ПРИ АБДОМИНАЛЬНОМ КОМПАРТМЕНТ-СИНДРОМЕ

**Евгений Валерьевич Григорьев**

ГОУ ВПО Кемеровская государственная медицинская академия Росздрава ГУ НИИ общей реаниматологии РАМН (Филиал), Новокузнецк, [grigoriev@mail.ru](mailto:grigoriev@mail.ru)

**Е. А. Каменова, С. С. Коваль**

МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. Подгорбунского, Кемерово

- ❖ На фоне проведения ранней нутритивной поддержки: показатель баллов по SOFA достоверно ниже в сравнении с группой контроля на 2-3 сутки,
- ❖ Достоверно увеличился индекс оксигенации на 3 сутки,
- ❖ Снижался показатель внутрибрюшной гипертензии до контрольных значений



**«Метаболическая реанимация» желудочно-кишечного тракта с целью поддержания целостности кишечного барьера должна рассматриваться как ключевая лечебная стратегия в устранении синдрома кишечной недостаточности при критических состояниях**

**Daren Heyland, 2008**

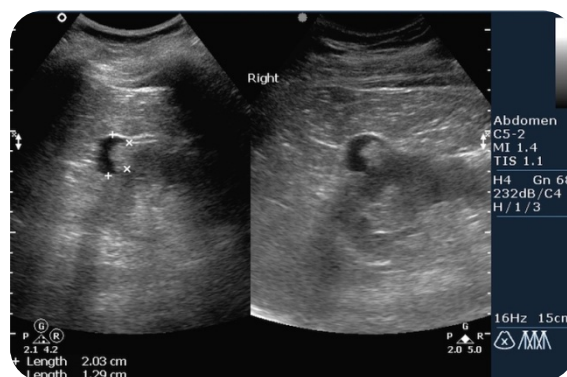


# ЗАВИСИМОСТЬ ВЫРАЖЕННОСТИ КИШЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ СИНДРОМА ГИПЕРСТИМУЛЯЦИИ ЯИЧНИКОВ

Салюков Р.Р., Маршалов Д.В., Салов И.А.,  
Петренко А.П., Архангельский-Багдасарянц Д.Э.

Россия, г. Саратов, ГБОУ ВПО «Саратовский  
государственный медицинский университет  
им. В.И. Разумовского» Минздрава России

**При синдроме гиперстимуляции яичников всегда развивается кишечная недостаточность, тяжесть которой тесно сопряжена с объемом асцитической жидкости и выраженностью клинико-функционально-лабораторных изменений, характеризующих степень тяжести синдрома гиперстимуляции яичников.**





ESPEN GUIDELINES

## ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Intensive care ☆

K.G. Kreymann<sup>a,\*</sup>, M.M. Berger<sup>b</sup>, N.E.P. Deutz<sup>c</sup>, M. Hiesmayr<sup>d</sup>, P. Jolliet<sup>e</sup>,  
G. Kazandjiev<sup>f</sup>, G. Nitenberg<sup>g</sup>, G. van den Berghe<sup>h</sup>, J. Wernerman<sup>i</sup>,  
DGEM: ☆ ☆ C. Ebner, W. Hartl, C. Heymann, C. Spies

Рекомендации  
Европейского общества  
клинического питания  
и метаболизма (ESPEN)

по парентеральному питанию взрослых



### 12. Should EN nutrition be supplemented with glutamine?

**12.1** *Glutamine should be added to a standard enteral formula in burned patients (A) and trauma patients (A)*

**12.2** *There are not sufficient data to support enteral glutamine supplementation in surgical or heterogenous critically ill patients.*

**Comment:** The supplementation of a standard formula was studied in burned patients in four published trials.<sup>59–62</sup> Two of them<sup>60–62</sup> showed a significant improvement in wound healing and a reduction in length of hospital stay. Garrel et al.<sup>60</sup> reported significantly reduced mortality (54.5% versus 10.5%,  $P < 0.05$ ). The fourth study<sup>59</sup> found an improvement in intestinal permeability and a reduction in plasma endotoxin levels.

One published study<sup>63</sup> examined the addition of glutamine to a standard enteral formula in 72 trauma patients. There were significantly lower rates of bacteraemia, pneumonia and sepsis in the treatment group.

Four studies<sup>64–67</sup> in heterogenous groups of critically ill patients did not find any significant difference in infectious complications, length of stay or mortality.

# Энтеральные формы глутамина



## Интестамин®

**Глутамин** – сохраняет целостность кишки, поддерживает функцию лимфатического аппарата кишки, оказывает антиоксидантную защиту.

**Трибутирин** – прекурсор бутирата, энергетического субстрата энтероцита, способствует клеточной пролиферации и дифференциации.

**Высокие дозы антиоксидантов** противодействуют стрессу, вызванному ишемией, воспалением и инфекцией.

## Рекомендуется

больные в критических состояниях (синдром системного воспалительного ответа или высокий риск его развития)

**Нет ограничения для беременных**

# Дипептивен – 20% раствор дипептивена (L-аланин – L-глутамин)



- глутами – 13,5 г/100 мл
- Аланин – 8,2 г/100 мл
- Осмолярность 921 мосм/л, рН – 5,4-6,0

**Суточная доза: 0,35 г/кг/сут или 1,5-2 мл/кг/сут**

## Противопоказания:

- Тяжелая печеночная и почечная недостаточность
- Выраженный метаболический ацидоз

## При беременности:

Данные о применении препарата у беременных женщин, кормящих матерей отсутствуют. Препарат следует назначать беременным только в случае, когда польза для матери превышает потенциальный вред для плода.

# Федеральные клинические рекомендации: Синдром гиперстимуляции яичников



РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО-АКУШЕРОВ ГИНЕКОЛОГОВ

**Синдром гиперстимуляции  
яичников.  
Клиничесие рекомендации:  
«Как делать нельзя»**

Москва, 2013 год

**Сменить  
название**



Общероссийская общественная организация  
«Федерация анестезиологов и реаниматологов»  
Российская общественная организация "Ассоциация акушерских  
анестезиологов и реаниматологов"

**Интенсивная терапия синдрома гиперстимуляции  
яичников**

**Клинические рекомендации  
(протоколы лечения)**

2014

**Доработать**



# Пошаговый алгоритм





# Апгрейд клинических рекомендаций: СГЯ

## Предлагаю

- ❑ Пересмотреть маршрутизацию пациенток с СГЯ.
- ❑ **Для проведения адекватной интенсивной терапии необходимо учитывать особенности патогенеза СГЯ.**
- ❑ В разделе «Обезболивание» рассмотреть возможным рекомендовать ЭА.
- ❑ Включить критерий «Уровень внутрибрюшного давления» как один из факторов, определяющих тяжесть СГЯ.
- ❑ Профилактика и лечение тяжелых форм СГЯ должны включать направления терапии СВБГ.
- ❑ В раздел лечение тяжелых форм СГЯ включить «Метаболическую реанимацию» желудочно-кишечного тракта.
- ❑ Для создания новых рекомендаций использовать опыт отечественной медицины.

# Рекомендации, основанные на научно-доказательных принципах

Уровни доказательности:

1a – мета-анализ рандомизированных контролируемых исследований (РКИ),

1b – хотя бы одно РКИ,

2 – хотя бы одно контролируемое испытание или квазиэкспериментальное исследование,

✓ 3 – неэкспериментальные описательные исследования,

4 – экспертные мнения либо клинический опыт признанного авторитета

## Shocking Report from Medical Insiders

F. William Engdahl (NEO) : A shocking admission by the editor of the world's most respected medical journal, The Lancet, has been virtually ignored by the mainstream media. Dr. Richard Horton, Editor-in-chief of the Lancet recently published a statement declaring that a shocking amount of published research is unreliable at best, if not completely false, as in, fraudulent.



Horton declared, "Much of the scientific literature, perhaps half, may simply be untrue. Afflicted by studies with small sample sizes, tiny effects, invalid exploratory analyses, and flagrant conflicts of interest, together with an obsession for pursuing fashionable trends of dubious importance, science has taken a turn towards darkness."

**Д-р Ричард Хортон, главный редактор журнала Lancet недавно опубликовал заявление, утверждая, что шокирует количество опубликованных, в лучшем случае, ненадежных исследований, если не полностью ложных, сфальсифицированных.**

БЛАГОДАРЮ

ЗА

ВНИМАНИЕ

