

Благодарность. Коллектив авторов статьи выражает благодарность за активную помощь в исследовании Перваку К.А. и Глушич Е.М.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Ahmad N.L., Norsidah A.M. Change in endotracheal tube cuff pressure during nitrous oxide anaesthesia: a comparison between air and distilled water cuff inflation. *Anaesth. Intensive Care.* 2001; 29: 510–4.
2. Ahmady M.S., Sadek S., Al-metwalli R.R. Does intra-cuff alkalized lidocaine prevent tracheal tube induced emergence phenomena in children? *Anaesth. Pain Intensive Care.* 2013; 17: 18–21.
3. Estebe J.P., Gentili M., Le Corre P., Dollo G., Chevanne F., Ecoffey C. Alkalinization of intracuff lidocaine: efficacy and safety. *Anesth. Analg.* 2005; 101 (5): 1536–41.
4. Fai Lam, Yu-Cih Lin, Hsiao-Chien Tsai, Ta-Liang Chen. Effect of intra-cuff lidocaine on postoperative sore throat and the emergence phenomenon: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS One.* 2015; 10 (8):
5. George SE¹, Singh G, Mathew BS, Fleming D, Korula G. Comparison of the effect of lignocaine instilled through the endotracheal tube and intravenous lignocaine on the extubation response in patients undergoing craniotomy with skull pins: A randomized double blind clinical trial. *J. Anaesthesiol. Clin. Pharmacol.* 2013; 29 (2): 168–72.
6. Mekhemar N.A., El-Agwany A.S., Radi W.K., El-Hady S.M. Comparative study between benzydamine hydrochloride gel, lidocaine 5% gel and lidocaine 10% spray on endotracheal tube cuff as regards postoperative sore throat. *Braz. J. Anesthesiol.* 2016; 66 (3): 242–4.
7. Moore A., Héту P.O., Court O., Shan W.L., Hatzakorjian R., El-Bahrawy A., Schricker T. The effect of chewing lidocaine soaked gauze on intubation conditions during awake videolaryngoscopy: a randomised controlled trial in the morbidly obese. *Acta Anaesthesiol. Belg.* 2014; 65 (2): 55–9.
8. Pitts T. Airway protective mechanisms. *Lung.* 2014; 192 (1): 27–31.
9. Scuderi P.E. Postoperative sore throat: more answers than questions. *Anesth. Analg.* 2010; 111: 831–2.
10. Tanaka Y., Nakayama T., Nishimori M., Sato Y., Furuya H. Lidocaine for preventing postoperative sore throat. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2009; Wetzell L.E., Ancona A.L., Cooper A.S., Kortman A.J., Loniewski G.B., Lebeck L.L. The effectiveness of 4% intracuff lidocaine in reducing coughing during emergence from general anesthesia in smokers undergoing procedures lasting less than 1.5 hours. *AANA J.* 2008; 76 (2): 105–8.

Поступила 12.05.2016

Принята к печати 15.06.2016

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2016

УДК 618.14-006.36-089.166-06:616.151.11]-084

Тарабрин О.А.¹, Тютрин И.И.², Гавриченко Д.Г.¹, Щербаков С.С.¹, Мазуренко А.И.¹, Туренко А.В.¹

ДИАГНОСТИКА И КОРРЕКЦИЯ ТРОМБОГЕМОРАГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ С ГИГАНТСКИМИ МИОМАМИ МАТКИ НА ПЕРИОПЕРАЦИОННОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ

¹Одесский национальный медицинский университет, 65082, г. Одесса, Украина;

²Сибирский государственный медицинский университет, 634050, г. Томск, Россия

Целью исследования было снижение периперационной кровопотери у больных с гигантской миомой матки. В результате исследования получены данные, что использование антифибринолитической терапии в виде назначения транексамовой кислоты за 30 мин до оперативного вмешательства в дозе 20 мг/кг с последующей инфузией 5 мг/кг в час в течение 1-х послеоперационных суток, позволяет снизить периперационную кровопотерю на 29%. У больных 2-й группы уровень гемоглобина на 2-е послеоперационные сутки был выше на 10% ($p < 0,05$), кровопотеря была ниже на 29% ($p < 0,05$), сроки пребывания в стационаре были меньше на 24% ($p < 0,05$).

Ключевые слова: гигантская миома матки; кровопотеря; фибринолиз.

Для цитирования: Тарабрин О.А., Тютрин И.И., Гавриченко Д.Г., Щербаков С.С., Мазуренко А.И., Туренко А.В. Диагностика и коррекция тромбогеморрагических расстройств у больных с гигантскими миомами матки на периперационном этапе лечения. *Анестезиология и реаниматология.* 2016; 61(6): 450-453. DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/0201-7563-2016-6-450-453>

Tarabrin O.A.¹, Tyutrin I.I.², Gavrichenko D.G.¹, Shcherbakov S.S.¹, Mazurenko A.I.¹, Turenko A.V.¹

DIAGNOSTICS AND CORRECTION OF THROMBOHEMORRHAGIC DISORDERS IN PATIENTS WITH GIANT UTERINE MYOMA AT THE PERIOPERATIVE STAGE OF TREATMENT

¹Odessa National Medical University, 65082, Odessa, Ukraine;

²Siberian State Medical University, 63400, Tomsk, Russia

The aim of the study was to reduce perioperative blood loss in patients with giant uterine myoma. As a result of studies have provided evidence that the use of antifibrinolytic therapy as intravenous infusion of tranexamic acid for 30 minutes before the surgery in a dose of 20 mg/kg followed by infusion of 5 mg/kg per hour for the first postoperative day, helped to reduce perioperative blood loss by 29%. Hemoglobin level was higher by 10% ($p < 0,05$), blood loss was lower by 29% ($p < 0,05$), the length of stay in hospital was reduced by 24% ($p < 0,05$) in patients of the second group on the second postoperative day.

Key words: uterine myoma; blood loss; fibrinolysis.

For citation: Tarabrin O.A., Tyutrin I.I., Gavrichenko D.G., Shcherbakov S.S., Mazurenko A.I., Turenko A.V. Diagnostics and correction of thrombohemorrhagic disorders in patients with giant uterine myoma at the perioperative stage of treatment. *Anesteziologya i Reanimatologiya (Russian Journal of Anaesthesiology and Reanimatology)* 2016; 61(6): 450-453. DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/0201-7563-2016-6-450-453>

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Acknowledgment. The study had no sponsorship.

Received: 10.05.2016

Accepted: 15.06.2016

Для корреспонденции:

Тарабрин Олег Александрович, д-р мед. наук, проф., зав. каф. анестезиологии, интенсивной терапии с последипломной подготовкой, Одесский национальный медицинский университет; Украина, 65082, г. Одесса. E-mail: hotelbsp@gmail.com

For correspondence:

Oleg A. Tarabrin, doctor of medical Sciences, Professor, Head of Department of anesthesiology, intensive therapy with post-graduate training, Odessa national medical University, Ukraine, 65082, Odessa. E-mail: hotelbsp@gmail.com

Миома матки является наиболее распространенным доброкачественным опухолевым заболеванием репродуктивной системы, которое диагностируется у 20–30% женщин репродуктивного возраста. К гигантским фибромиомам матки относятся опухоли массой более 11,4 кг [1, 2]. Максимальная масса описанной в литературе гигантской фибромиомы 40 кг [3, 4]. Фибромиомы гигантских размеров могут быть представлены как одиночной опухолью, так и конгломератом из множества опухолевых узлов.

Типичные клинические проявления роста и развития миомы матки часто сопровождаются увеличением менструальной кровопотери, а иногда и маточными кровотечениями, которые некоторые исследователи считают «дисфункциональными» и в основном зависящими от «нейроэндокринных расстройств» [5]. Другие исследователи связывают происхождение патологической кровопотери прежде всего с ростом и локализацией узлов опухоли, а также нейроэндокринными и гуморальными сдвигами, вызывающими серьезные метаболические нарушения [6, 7]. Маточные кровотечения, которые не останавливаются после повторных выскабливаний слизистой оболочки матки, гормонотерапии и других консервативных методов лечения, часто создают проблемы как для пациентки, так и для врача. Повторные обильные кровопотери часто связаны с субмукозной или интрамуральной миомой и требуют хирургического лечения, несмотря на то что матка может и не достигнуть больших размеров. Клиницисты считают это показанием для срочного оперативного лечения [8]. Хроническая постгеморрагическая анемия является показанием к хирургическому лечению более чем у 70% пациенток, страдающих от миомы [9].

Таким образом, интраоперационная кровопотеря может выступать как отягчающий фактор во время периоперационного периода. Снижение кровопотери является актуальной проблемой у пациенток с миомой матки, которым планируется оперативное лечение.

Материал и методы. Исследованы результаты хирургического лечения 92 гинекологических больных с диагнозом: гигантская миома матки. Исследования проводились на базе отделений гинекологии и интенсивной терапии КУ «Одесская областная клиническая больница» в 2008–2015 гг.

Средний возраст больных миомой матки составил 48,31±5,65 года. В сопутствующей патологии преобладали сердечно-сосудистые заболевания, среди которых определялись гипертоническая болезнь у 35 (38,04%), ишемическая болезнь сердца у 32 (34,78%) и сердечная недостаточность I–IIА стадии у 18 (19,57%). Значительно реже диагностировался гастрит у 5 (5,43%), ЖКБ у 3 (3,26%), хронический бронхит у 3 (3,26%), хронический панкреатит у 2 (2,17%) женщин, язвенная болезнь у 1 (1,08%) женщины. Также были 3 (3,26%) пациентки с ожирением, 6 (6,52%) женщин с сахарным диабетом.

Систему свертывания крови исследовали при помощи низкочастотной пьезоэлектрической тромбоэластографии (НПТЭГ) на аппаратно-программном комплексе АРП-01М «Меднорд». Мониторировались следующие показатели: начальный показатель агрегатного состояния крови A_0 , амплитуда контактной фазы коагуляции (A_1), показатель времени контактной фазы коагуляции ($R(t_1)$), интенсивность коагуляционного драйва (ИКД), константа тромбиновой активности (КТА), время свертывания крови (ВСК), интенсивность полимеризации сгустка (ИПС), максимальная плотность сгустка (МА), интенсивность ретракции и лизиса сгустка (ИРЛС). Забор крови выполнялся до операции, после начала оперативного вмешательства, после окончания оперативного вмешательства и на 1, 2, 3-и сутки после операции. Исследуемые были распределены на 2 группы в зависимости от вида коррекции гемокоагуляционных нарушений. 1-ю группу составили 44 пациентки, у которых схема комплексной коррекции включала продленную эпидуральную анестезию 0,5% бупивакаина на уровне L_{II} – L_{III} (7–12 мл) и затем в течение первых послеоперационных суток дробно 10 мл 0,5% раствора бупивакаина. Антикоагулянтная терапия проводилась НМГ бемипарином 2500 МЕ с первых послеоперационных суток и в течение 7 сут. Антифибринолитическая терапия этим больным не проводилась. 2-ю группу составили 48 пациенток, у которых схема комплексной коррекции включала продленную эпидуральную анестезию на уровне L_{II} – L_{III} (7–12 мл 0,5% раствора бупивакаина) и затем в течение первых послеоперационных суток дробно 10 мл 0,5% раствора бупивакаина. Антикоагулянтная терапия проводилась НМГ 2500 МЕ бемипарина с первых послеоперационных суток и в течение 7 сут. Больным данной группы была назначена трансексамова кислота за 30 мин до оперативного вмешательства в дозе 20 мг/кг с последующей инфузией 5 мг/кг в час в течение первых послеоперационных суток.

Для статистической обработки использовали методы параметрического и непараметрического анализа (программа Statistica

Состояние системы гемостаза у больных с гигантской миомой матки до операции ($M \pm m$)

Показатель	Норма	1-я группа	2-я группа
A_0 , отн.ед.	222,25±15,33	310,11±13,12*	312,21±14,33*
$R(t_1)$, мин	2,36±0,34	1,09±0,3*	1,01±0,31*
ИКК, отн. ед.	84,3±10,91	149,72±9,86*	147,84±8,92*
КТА, отн. ед.	15,22±3,46	28,56±3,4*	27,84±3,61*
ВСК(t_1), мин	8,42±1,68	4,15±1,01*	4,45±1,12*
ИКД, отн. ед.	21,15±3,70	36,45±3,26*	35,98±3,42*
ИПС, отн. ед.	14,45±1,4	27,25±1,29*	24,33±1,42*
МА, отн. ед.	525,45±70,50	756,91±56,49*	749,58±55,71*
T, мин	48,50±4,25	24,25±3,9*	25,09±4,1*
ИРЛС, %	16,45±1,40	26,84±2,14*	27,62±2,73*

Примечание: * – $p < 0,05$ различия достоверны по сравнению с нормой.

6.0 (StatSoft Inc., США). Для суждения о достоверности различий в случае распределения, близкому к нормальному, использовали t -критерий Стьюдента; в противном случае использовали непараметрический критерий Манна–Уитни. Различия считались достоверными при $p < 0,05$; для сравнения риска развития осложнений – определение относительного риска (RR).

Результаты. В предоперационном периоде у пациенток обеих групп была выявлена активация сосудисто-тромбоцитарного компонента гемостаза. Так, показатель ИКК повышен в 1-й группе на 46,18% во 2-й группе на 42,79%, показатель A_0 повышен в 1-й группе на 39,63% и во 2-й группе на 40,54%, показатель $R(t_1)$ сокращен в 1-й группе на 77,38% и во 2-й группе на 75,11% по сравнению с нормой. Также на дооперационном этапе изменены показатели, характеризующие коагуляционное звено гемостаза. По отношению к норме повышенными были следующие показатели: КТА в 1-й группе на 87,64% и во 2-й группе на 82,91%, ИКД в 1-й группе на 72,45% и во 2-й группе на 70,11%, ИПС в 1-й группе на 88,58% и во 2-й группе на 72,52%, МА в 1-й группе на 44,04% и во 2-й группе на 42,65%. Эти изменения, а также сокращение ВСК в 1-й группе на 49,28% и во 2-й группе на 52,49% и времени формирования фибрин-тромбоцитарной структуры сгустка – T в 1-й группе на 49,97% и во 2-й группе на 52,73% по отношению к норме свидетельствуют о гиперкоагуляции. Выявлена активация фибринолиза – увеличение показателя ИРЛС в 1-й группе на 63,16% и во 2-й группе на 67,91% по отношению к норме (см. таблицу).

В предоперационном периоде у пациенток с гигантской миомой матки выявлена активация фибринолиза на фоне усиления агрегации тромбоцитов и гиперкоагуляции. Из полученных данных понятно, что у больных с миомой матки на фоне активации сосудисто-тромбоцитарного звена гемостаза отмечается незначительная структурная (увеличение амплитуды показателя МА НПТЭГ) и хронометрическая (сокращение ИКК, ИКД, КТА, $R(t_1)$ и ВСК НПТЭГ) гиперкоагуляция с повышенной генерацией тромбина (увеличение показателей A_0 , ИКК НПТЭГ) и активацией фибринолитической активности крови (ИРЛС).

Развитие эпидурального блока и начало операции активизировало фибринолиз: в 1-й группе ИРЛС увеличился с 26,84±2,14 до 28,61±1,98%, что составило 7,14%. Во 2-й группе показатель ИРЛС до оперативного вмешательства составил 27,67±2,73%, а после наступления эпидурального блока и использования трансексамовой кислоты – 12,21±2,14%, т. е. снижение активности фибринолиза на 55,87% по отношению к показателю ИРЛС до оперативного вмешательства ($p < 0,05$). Эта величина на 42,67% меньше показателя ИРЛС после наступления эпидурального блока в 1-й группе ($p < 0,05$) (рис. 1), что свидетельствовало о снижении активности фибринолиза у больных 2-й группы на фоне применения фибринолитиков, несмотря на активизирующее влияние эпидуральной анестезии.

В результате применения предложенной схемы коррекции у больных 2-й группы, имеющих нарушения гемостаза в виде гиперкоагуляции и активации фибринолиза, уже после начала оперативного вмешательства происходило снижение показателя ИРЛС на 55,87% по отношению к показателю ИРЛС до

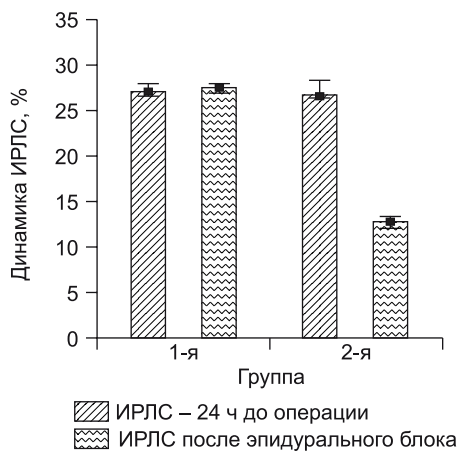


Рис. 1. Динамика показателя ИРЛС в 1-й и 2-й группах в ответ на проведение продленной эпидуральной анестезии.

оперативного вмешательства и уменьшения проявлений структурной гиперкоагуляции в виде положительной динамики показателей по сравнению с дооперационными данными: увеличение КТА на 57,09%, сокращение ВСК на 38,36%, увеличение ИКД на 51,82%, увеличение ИПС на 46,15%, увеличение МА на 41,39%.

Сравнительная динамика показателей НПТЭГ у пациенток 1-й и 2-й групп, которые отражают коагуляционное звено, характеризовалась снижением амплитудных и удлинением временных констант гемокоагуляции на 3-и сутки по сравнению с нормой. У больных 1-й группы отмечалось увеличение КТА на 18,26%, ИКД на 8,22%, ВСК(t_3) на 7,24%, ИРЛС на 27,11% по сравнению с нормой.

Во 2-й группе на 3-и сутки лечения отмечалось снижение КТА на 9,8%, ИКД на 7,2%, МА на 11,1%, ИРЛС на 10,76% и увеличение ВСК(t_3) на 10,1% по сравнению с нормой.

Приведенные данные свидетельствуют о нормализации коагуляции на 3-и сутки лечения больных миомой матки 1-й и 2-й групп. Несмотря на это, оставалась разница в состоянии фибринолитического звена: в 1-й группе сохранялась активация фибринолиза, показатель ИРЛС был увеличенным на 27,11% по сравнению с нормой, а во 2-й группе отмечалось незначительное угнетение фибринолиза, показатель ИРЛС был уменьшен на 10,76% по сравнению с нормой.

Клиническим подтверждением полученных лабораторных данных является количество послеоперационных тромбогеморрагических осложнений, уровень гемоглобина и величина кровопотери, а также сроки пребывания больных в ОИТ.

Течение послеоперационного периода у больных 2-й группы по сравнению с больными 1-й имеет наиболее благоприятный характер: уровень гемоглобина был достоверно выше ($p < 0,05$), как сразу после операции (1-я группа $85 \pm 3,42$ г/л, 2-я группа $93 \pm 3,21$ г/л), так и на 1-е (1-я группа $81 \pm 3,57$ г/л, 2-я группа

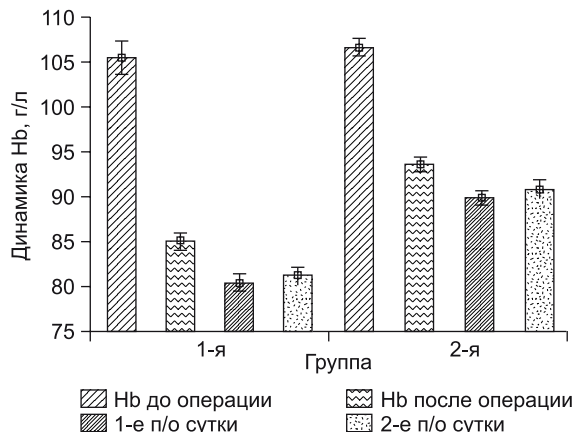


Рис. 2. Динамика гемоглобина до, в конце операции, на 1-е и 2-е сутки после операции у больных, оперированных по поводу гигантской миомы матки.

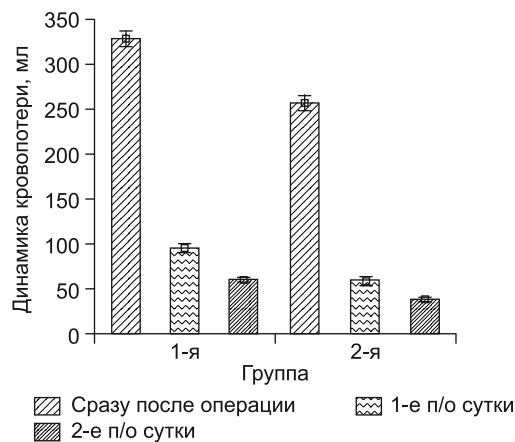


Рис. 3. Объем кровопотери в интра- и послеоперационном периоде у больных, оперированных по поводу гигантской миомы матки.

$91 \pm 2,97$ г/л) и 2-е (1-я группа $82 \pm 2,87$ г/л, 2-я группа $91 \pm 3,02$ г/л) сутки послеоперационного периода (рис. 2).

Кровопотеря достоверно ниже у больных 2-й группы по сравнению с 1-й группой ($p < 0,05$). Сразу после операции кровопотеря у больных 2-й группы была меньше на 23,37% по сравнению с 1-й за 1-е сутки послеоперационного периода кровопотеря у больных 2-й группы была меньше на 42,85% по сравнению с 1-й и за 2-е сутки кровопотеря во 2-й группе была меньше на 41,66% по сравнению с 1-й (рис. 3).

Необходимость переливания препаратов крови в группе, получавшей в составе комплексной коррекции транексамовую кислоту, была на 9,28% меньше ($p < 0,05$), чем в 1-й группе.

Сроки пребывания в отделении интенсивной терапии также во 2-й группе были достоверно меньше, чем в 1-й (рис. 4).

Тромбозы глубоких вен нижних конечностей были обнаружены на 3–5-е сутки после оперативного вмешательства у 6 (13,63%) женщин 1-й группы. У 4 (8,33%) женщин 2-й группы наблюдались тромбозы глубоких вен с клинически бессимптомным течением. Частота тромбозов глубоких вен нижних конечностей имела тенденцию к снижению с 13,63 до 8,33%, но она была статистически недостоверной ($p < 0,05$). При сравнении рисков возникновения тромбозов глубоких вен нижних конечностей установлено, что в группе больных с миомой матки, которые на периоперационном этапе лечения получали антифибринолитическую терапию, риск был ниже (RR 0,6).

ВЫВОДЫ

1. При изучении состояния системы гемостаза у больных с гигантской миомой матки до начала лечения установлены определенные отличия по сравнению с нормой, включавшие гиперрагетацию в виде увеличения показателя интенсивности контактной фазы коагуляции на 76% ($p < 0,05$), гиперкоагуляцию в виде роста показателя интенсивности коагуляционного драйва

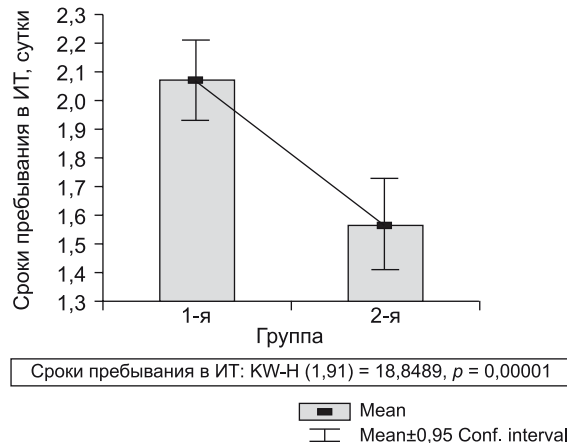


Рис. 4. Сроки пребывания больных в отделении интенсивной терапии.

на 71% ($p < 0,05$) и активацию фибринолиза, а также увеличение показателя интенсивности ретракции и лизиса сгустка на 65% ($p < 0,05$).

2. Установлено, что у больных с гигантской миомой матки на 3-й день после оперативного вмешательства, которые на периперационном этапе лечения не получали антифибринолитическую терапию, показатель интенсивности контактной фазы коагуляции был увеличен на 24%, показатель интенсивности коагуляционного драйва был уменьшен на 8% по сравнению с нормой, что свидетельствовало о восстановлении состояния коагуляционного звена системы гемостаза. Показатель интенсивности ретракции и лизиса сгустка, характеризующий состояние фибринолиза, не восстанавливался и был увеличен на 27% по сравнению с нормой ($p < 0,05$), что свидетельствовало о сохранении активации фибринолиза.

3. Установлено, что у больных с гигантской миомой матки, которые на периперационном этапе лечения получали антифибринолитическую терапию, на 3-й день после оперативного вмешательства показатель интенсивности контактной фазы коагуляции был увеличен на 19%, показатель интенсивности коагуляционного драйва был увеличен на 6% по сравнению с нормой, что свидетельствовало о восстановлении состояния коагуляционного звена системы гемостаза. Показатель интенсивности ретракции и лизиса сгустка, характеризующий состояние фибринолиза, был увеличен на 6% ($p < 0,05$) по сравнению с 1-й группой, что свидетельствовало о нормализации фибринолиза.

4. Использование продленной эпидуральной анестезии, транексамовой кислоты и бемипарина является наиболее целесообразным для уменьшения кровопотери и восстановления резервных возможностей системы гемостаза. У больных 2-й группы уровень гемоглобина на 2-е послеоперационные сутки был выше на 10% ($p < 0,05$), кровопотеря была ниже на 29% ($p < 0,05$), необходимость переливания препаратов крови мень-

ше на 9,28% ($p < 0,05$), сроки пребывания в интенсивной терапии были меньше на 24% ($p < 0,05$).

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.
Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Arleo E.K., Schwartz P.E., Hui P., McCarthy S. Review of leiomyoma variants. *Am. J. Roentgenol.* 2015; 205 (4): 912–21.
2. de Vries H.S., Samlal R.K., Maresch B.J., Hoven-Gondrie M.L. Cecal volvulus caused by a large uterine leiomyoma. *Int. J. Surg. Case Rep.* 2015; 10: 97–9.
3. Mas A., Cervello I., Gil-Sanchis C., Simón C. Current understanding of somatic stem cells in leiomyoma formation. *Fertil and Steril.* 2014; 102 (3): 613–20.
4. Patel B., Elguero S., Thakore S., Dahoud W., Bedaiwy M., Mesiano S. Role of nuclear progesterone receptor isoforms in uterine pathophysiology. *Hum. Reprod. Update.* 2015; 21 (2): 155–73.
5. Senol T., Kahramanoglu I., Dogan Y., Baktiroglu M., Karateke A., Suer N. Levonorgestrel-releasing intrauterine device use as an alternative to surgical therapy for uterine leiomyoma. *Clin. Exp. Obstet. Gynecol.* 2015; 42 (2): 224–7.
6. Tower A.M., Cronin B. Myomectomy after a vaginal delivery to treat postpartum hemorrhage resulting from an intracavitary leiomyoma. *Obstet. Gynecol.* 2015; 125 (5): 1110–3.
7. Vasilev N., Nacheva A., Zlatkov B., Kostova P., Netzov V., Nikolov A. et al. Uterine leiomyoma and fibroleiomyoma: treatment for non-pregnant women. *Akush. Ginekol. (Sofija).* 2015; 54 (Suppl. 1): 3–18.
8. Wu C.Q., Lefebvre G., Frecker H., Husslein H. Urinary retention and uterine leiomyomas: a case series and systematic review of the literature. *Int. Urogynecol. J.* 2015; 26 (9): 1277–84.
9. Yin H., Lo J.H., Kim J.Y., Marsh E.E., Kim J.J., Ghosh A.K. et al. Expression profiling of nuclear receptors identifies key roles of NR4A subfamily in uterine fibroids. *Mol. Endocrinol.* 2013; 27 (5): 726–40.

Поступила 10.05.16

Принята к печати 15.06.16

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2016

УДК 616.24-008.4-053.1-02:616.839]-036.1

Шень Н.П., Мухачева С. Ю., Швечкова М.В., Бочкарева Н.А.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА ВРОЖДЕННОЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГИПОВЕНТИЛЯЦИИ У РОДИЛЬНИЦЫ

Кафедра анестезиологии и реаниматологии ФПК и ППС ГБОУ ВПО «Тюменская государственная медицинская академия», 625023, Тюмень, Россия

Синдром «проклятия Ундины», или врожденный синдром центральной гиповентиляции с вторичным расстройством центральной нервной системы, является результатом нарушенного вегетативного контроля дыхания при отсутствии нервно-мышечных заболеваний и нарушений механики дыхания. В клинической практике часто имеет место гиподиагностика данного состояния, что не исключает редкость его определения. С учетом клинических проявлений и в зависимости от степени их интенсивности ранняя диагностика, предупреждающая нежелательные последствия эпизодов гипоксии и гиперканнии, обеспечивающая надлежащий контроль за эпизодами асфиксий, определяет не только прогноз заболевания, но и жизни пациента. Целью данной работы является представление клинического случая этого редко встречающегося заболевания.

Ключевые слова: синдром проклятия Ундины; врожденная центральная гиповентиляция.

Для цитирования: Шень Н.П., Мухачева С. Ю., Швечкова М.В., Бочкарева Н.А. Клинический случай синдрома врожденной центральной гиповентиляции у родильницы. *Анестезиология и реаниматология.* 2016; 61(6): 453-455. DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/0201-7563-2016-6-453-455>

Shen' N.P., Mukhacheva S. Yu., Shvechkova M. V., Bochkareva N.A.

CLINICAL CASE OF THE INNATE CENTRAL HYPOVENTILATION SYNDROME IN THE PARTURIENT

Tyumen State Medical Academy, Department of Anesthesiology and resuscitation Faculty of postgraduate education of physicians, 625023, Tyumen, Russia

The syndrome "of the curse of Undina" or the innate central hypoventilation syndrome with the second disorder of central nervous system is the result of the disrupted vegetative control of the respiration in the absence of neuromuscular diseases and disturbances of the mechanics of respiration. In the clinical practice diagnostics of this state is complex,

Для корреспонденции:

Шень Наталья Петровна, д-р. мед. наук, проф., зав. каф. анестезиологии и реаниматологии ФПК и ППС ГБОУ ВПО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. 625000, г. Тюмень. E-mail: nataliashen@rambler.ru

For correspondence:

Natalia P. Shen, doctor of medical Sciences, Professor, Head of Department of Anesthesiology and resuscitation Faculty of postgraduate education of physicians, 625023, Tyumen, Russia. E-mail: nataliashen@rambler.ru

RUSSIAN JOURNAL of ANAESTHESIOLOGY and REANIMATOLOGY. 2016; 61(6)

DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/0201-7563-2016-61-6-453-455>

Original article