

**Матеріали та методи.** Нами було проведено обстеження 50 вагітних із клінікою загрозливої викидню та УЗ-ознаками ретрохоріальної гематоми в терміні вагітності 8-12 тижнів. Пацієнтки отримували стандартну зберігаючу терапію, що включала препарати мікронізованого прогестерону 600 мкг, транексамову кислоту в дозі 1500 мг через 8 годин внутрішньовенно перші 5 днів лікування з наступним переходом на пероральний прийом 1000 мг кожні 8 годин, протягом 7 днів. На 12 добу лікування всім вагітним проводилось контрольне клініко-лабораторне обстеження, що включало в себе УЗ-обстеження та дослідження стану системи згортання крові.

**Результати роботи.** Внаслідок проведеного лікування ознаки загрозливої викидню нівелиювались, кровомазання припинялись в інтервалі 3-6 днів від початку терапії. До моменту виписки, в середньому на 12 добу, ретрохоріальна гематома за даними УЗ-дослідження була на стадії розсмоктування. Повне зникнення УЗ-ознак ретрохоріальної гематоми діагностували через 18-22 дні від початку лікування. При обстеженні системи гемостазу негативного впливу транексамової кислоти не було виявлено.

**Висновки.** Застосування препаратів прогестерону сумісно з гемостатичними препаратами значно покращує динаміку перебігу гестації, гемостатичних та ультрасонографічних маркерів загрозливої викидню у вагітних з ретрохоріальною гематомою та достовірно зменшує кількість самовільних викиднів. Відсутність негативного впливу транексамової кислоти на систему гемостазу надзвичайно важливо в умовах фізіологічної гіперкоагуляції, яка патогномічно супроводжує вагітність.

## **ЛАПАРОСКОПІЧНА ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЯ В УМОВАХ ХІРУРГІЇ ОДНОГО ДНЯ**

*Койнаш С.*

*Наукові керівники: ас. Шевчук М.*

Кафедра хірургії №4 з малоінвазивною хірургією  
Полтавський державний медичний університет

**Актуальність.** В даний час широкого поширення набули стаціонарні технології. Із позитивних сторін такого лікування виділяють значне зниження кількості внутрішньогоспітальних інфекційних ускладнень, швидку реабілітацію хворих, зниження вартості лікуван-

ня. У країнах Європи та США понад 60% планових лапароскопічних холецистектомій виконують в умовах стаціонару одного дня.

**Мета роботи:** оцінка можливості виконання лапароскопічної холецистектомії (ЛХЕ) у хворих із хронічним калькульозним холециститом в умовах стаціонару короткострокового перебування.

**Матеріал та методи.** Робота заснована на оцінці результатів лікування хворих на жовчнокам'яну хворобу, хронічний калькульозний холецистит в умовах стаціонару одного дня (до 23 години), пролікованих у КП «2-га МКЛ ПМР» та КП «3-я МКЛ ПМР» (клінічні бази кафебри) за період вересень 2019 – березень 2022 р. До дослідження включено 64 пацієнти в тому числі 56 жінок та 8 чоловіків. До I групи увійшли 33 хворих, яких лікували в умовах стаціонару одного дня. У II групу увійшли 31 хворий, яких лікували за загальноприйнятою методикою. Середній вік хворих I групи становив  $49 \pm 12$  років, II –  $50 \pm 11$  років. Групи були зіставні за віком, термінами захворювання, частотою супутніх захворювань. До дослідження не увійшли хворі з механічною жовтяницею в анамнезі, з безсимптомним холедохолітазом, поганою візуалізацією елементів шийки жовчного міхура при УЗД, ризиком анестезії  $>3$  за класифікацією ASA. Слід також зазначити, що раніше перенесені операції на органах черевної порожнини є відносним протипоказанням до одностороннього хірургічного лікування. У I групі 15% пацієнтів раніше перенесли операцію на органах черевної порожнини, у II групі таких пацієнтів було 40%. У цій категорії хворих можливість ранньої виписки прямо корелювала з інтраопераційними складнощами мобілізації жовчного міхура та елементів його шийки. У такій ситуації ми дренивали підпечінковий простір, а питання про ранню виписку вирішували індивідуально, залежно від клінічної ситуації. Усім хворим ЛХЕ виконувалася за стандартною 4-портовою методикою під ендотрахеальним наркозом.

**Результати.** Середній час операції у I групі становило  $44 \pm 16$  хв., у II групі –  $47 \pm 7$  хв. Значних відмінностей за цим показником не виявлено. Інтраопераційних ускладнень не було. У ранньому післяопераційному періоді у 1 (3,2%) хворого II групи діагностовано інфільтрат у проекції параумбілікальної троакарної рани, який виликаний консервативно. Хворих I групи виписували за відсутності нудоти, блювоти, достатньому усуненні больового синдрому пероральними ненаркотичними анальгетиками, відновлення можливості самообслуговування. 1 (3%) пацієнт I групи був виписаний на 2-у добу після операції у зв'язку з нудотою, що зберігається. Тривалість післяопераційного періоду

у 30 хворого I групи становивши  $20 \pm 1,2$  год, II групи –  $62 \pm 2$  години. Усіх хворих I групи перші 3 доби після операції контролювали телефоном.

**Висновки.** У хворих на хронічний калькульозний холецистит виконання ЛХЕ можливе в умовах стаціонару одного дня при ретельному відборі пацієнтів. Даний спосіб лікування дозволяє скоротити терміни перебування хворих у стаціонарі та знизити фінансові витрати при лікуванні цієї категорії хворих.

## **ІНТРАНАТАЛЬНЕ ЗАСТОСУВАННЯ СУЛЬФАТУ МАГНІЮ – АКУШЕРСЬКИЙ ПОГЛЯД НА ПЕРИНАТАЛЬНІ НАСЛІДКИ**

*Кузнецова К., Тур О., Головка І., Мовчан Л., Битько Т.*

*Наукові керівники: ас. Бордюк В., ас. Кіричек В.*

Кафедра акушерства і гінекології №2

Полтавський державний медичний університет

**Актуальність.** Сульфат магнію широко застосовується в лікуванні загрози передчасних пологів у вагітних.

**Мета дослідження.** Оцінити вплив інтранатальної магнієвальної терапії на показники неонатальної смертності, частоту основних ускладнень неонатального періоду.

**Методи дослідження.** Нами був виконаний ретроспективний аналіз історій вагітності і пологів на базі КНМП «Кременчуцький перинатальний центр II рівня» за 2020-2021 роки. В 2020 році було 1908 пологів. З них 57(2,9%) передчасних пологів. За 2021 рік було 1802 пологів. З них 66(3,6%) передчасних пологів. У дослідження були включені 94 роділлі, що перебували в I періоді передчасних пологів. Усі пацієнтки мали одноплідну вагітність, головне передлежання плода, гестаційний термін від 30 до 35+6 тижнів. У 38 вагітних пологи розпочались на тлі цілого плодового міхура, у 56 – на тлі передчасного розриву плодових оболонок. I група (45 пацієнток) під час вагітності отримувала стандартний комплекс медичної допомоги, регламентований клінічним протоколом МОЗ України «Передчасні пологи», – токолітичну терапію, профілактику синдрому дихальних розладів новонародженого, у разі передчасного розриву плодових оболонок – антибактеріальну терапію. II група (49 пацієнток) у пологах (активна фаза I періоду) з метою профілактики внутрішньочрепних крововиливів отримувала сульфат магнію за схемою: інфузія 16мл 25% розчину магнію сульфату, розчинених у 200 мл фізіологічного розчину, яка тривала 1 годину, у подальшому ще 4 години вагітній в/в вводили