

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНКО-ЛАБОРАТОРНИХ ПОКАЗНИКІВ У ЖІНОК З ПЕРВИННОЮ АТОНІЧНОЮ МАТКОВОЮ КРОВОТЕЧЕЮ, РОЗРОДЖЕНИХ ШЛЯХОМ КЕСАРСЬКОГО РОЗТИНУ

Гончаренко А., Черепашенко Я., Малащук Л., Нікіщенко К.

Науковий керівник: доцент Макаров О.Г.

Кафедра акушерства та гінекології №2

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Серед причин акушерських кровотеч провідне місце займають атонічні маткові кровотечі. Найчастіше вони виникають в першу добу після пологів та називаються первинними. При абдомінальному розродженні вірогідність виникнення атонічної маткової кровотечі є в 4 рази вищою, ніж при вагінальних пологах. Аналіз факторів ризику розвитку післяопераційної маткової атонічної кровотечі дозволяє спрогнозувати вірогідність розвитку цієї небезпечної патології та своєчасно провести профілактику.

Мета. Виявлення особливостей перебігу операції та післяопераційного періоду у жінок з первинною атонічною кровотечею після кесаревого розтину.

Методи дослідження. Проведений аналіз 400 історій вагітності та післяпологового періоду у жінок, пологи яких завершилися абдомінальним розродженням протягом 2018-2022 рр. в перинатальному центрі КП «Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В. Скліфосовського Полтавської обласної ради». У 32 жінок (І група) післяопераційний період ускладнився атонічною кровотечею більше 1000 мл. Інші 368 жінок (контрольна група, КГ) мали фізіологічну крововтрату. Аналізувалися тривалість операції, загальний і біохімічний аналіз крові, коагулограма після операції, стан новонароджених, тривалість перебування в стаціонарі після розродження.

Основні результати. Загальний об'єм крововтрати достовірно відрізнявся: $1180 \pm 2,08$ мл у І групі жінок проти $420 \pm 1,2$ мл у жінок КГ ($p < 0,05$). Тривалість операції становила $68 \pm 1,4$ хв проти $45 \pm 1,1$ хв відповідно ($p < 0,05$). Рівень гемоглобіну після розродження в І групі становив $93,4 \pm 2,4$ г/л проти $109,8 \pm 3,1$ г/л в КГ ($p < 0,05$); кількість еритроцитів відповідно була $3,1 \pm 0,3 \times 10^{12}/л$ та $3,7 \pm 0,5 \times 10^{12}/л$ ($p < 0,05$); кількість сегментоядерних нейтрофілів – $72,5 \pm 2,4\%$ та $65 \pm 2,2\%$ відповідно ($p < 0,05$); моноцитів – $4,9 \pm 0,2\%$ та $7,0 \pm 0,3\%$ відповідно ($p < 0,05$). Загальний білок був $56,7 \pm 2,8$ г/л в І групі жінок, проти $66,8 \pm 2,9$ г/л у КГ ($p < 0,05$). Протромбіновий індекс та активований частковий

тромбопластиновий час у породіль, що мали атонічну кровотечудостовірно відрізнялися від контрольних показників: $95,6 \pm 0,2$ проти $90,8 \pm 0,3$ ($p < 0,05$) і $32,2 \pm 0,7$ сек. проти $30,0 \pm 0,5$ сек. відповідно. Оцінка стану новонароджених за шкалою Апгар на 1 хв становила $6 \pm 0,1$ балів у I групі та $6,8 \pm 0,2$ в КГ ($p < 0,05$); на 5 хв відповідно $6,9 \pm 0,2$ і $7,8 \pm 0,3$ ($p < 0,05$). Тривалість перебування в стаціонарі в післяопераційному періоді становила $8,5 \pm 0,5$ ліжко-днів у I групі в порівнянні з $6,4 \pm 0,4$ днів у жінок КГ ($p < 0,05$).

Висновок. Розвиток первинної атонічної післяпологової кровотечі при оперативному абдомінальному розродженні впливає на перебіг самої операції, ускладнює післяопераційний період і сприяє збільшенню часу перебування породіллі та новонародженого у стаціонарі.

МУЛЬТИМОДАЛЬНА МАЛООПІЇДНА ЗАГАЛЬНА АНЕСТЕЗІЯ ПІД ЧАС УРГЕНТНОГО КЕСАРЕВОГО РОЗТИНУ

Грицан І.

Науковий керівник: доцент Могильник А.І.

Кафедра анестезіології та інтенсивної терапії

Полтавський державний медичний університет

Актуальність теми. Мультимодальний малоопіїдний анальгетичний підхід забезпечує ефективне знеболення в післяопераційному періоді та зменшує післяопераційне споживання опіїдних анальгетиків і побічні ефекти, що з ними пов'язані. На сьогодні проведено багато досліджень, які оцінюють стратегії знеболення при плановому кесаревому розтині, та лише в небагатьох вивчаються підходи до знеболення при екстрених пологах шляхом кесаревого розтину під загальною анестезією.

Мета дослідження. Оцінити споживання опіїдних анальгетиків при застосуванні мультимодального малоопіїдного знеболення у пацієнток при проведенні ургентного кесаревого розтину під загальною анестезією.

Методи дослідження. Під спостереженням перебувало 72 жінки віком від 16 до 42 років, яким проводили ургентний кесарів розтин під загальною анестезією до ($n=36$ група контролю) і після ($n=36$ група дослідження) впровадження мультимодального малоопіїдного знеболення. Усі пацієнтки отримували стандартну загальну анестезію. До впровадження цього підходу післяопераційне знеболення обмежувалося переважно парентеральним введенням опіїдів. Нова