

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  $6,4 \pm 0,4$  дів 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

мультиmodalна схема містила планове приймання парацетамолу та інших нестероїдних протизапальних препаратів, а також класичні блокади площини поперечного м'яза живота (ТАР-блок) під контролем ультразвуку. Опіоїдні анальгетики призначалися в крайніх випадках. Дані, що були отримані з медичної документації, включали демографічні показники, бали за візуально-аналоговою шкалою болю (ВАШ), інтраопераційне введення опіоїдних препаратів та їх призначення через 2, 6, 12, 24, 48 і 72 години після операції.

Результати дослідження. Пацієнтки, які отримували мультиmodalне малоопіоїдне знеболення, мали набагато нижчий рівень потреби в опіоїдах протягом 72 годин після оперативного втручання. Лише 2 з 36 пацієнток (5,6%) у групі дослідження було призначене парентеральне введення опіоїдних анальгетиків, тоді як у групі контролю число таких пацієнток склало 30 із 36 (83,3%).

Крім того, загальна якість післяопераційної анальгезії була значно кращою в групі дослідження  $2,8 \pm 0,3$  бали за ВАШ проти  $6,7 \pm 0,5$  в групі контролю.

Висновки. Мультиmodalна малоопіоїдна анестезія забезпечує зниження використання опіоїдних анальгетиків та значно покращує якість післяопераційної анальгезії після ургентного кесаревого розтину.

## **КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ТА МІКРОБІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ У ХВОРИХ НА ОНІХОМІКОЗ**

*Довгопол Д.*

**Науковий керівник: доцент Васильєва К.В.**

Кафедра шкірних та венеричних хвороб

Полтавський державний медичний університет

Ураження нігтів викликані паразитарними грибами відзначаються приблизно у 20% населення планети. Оніхомікоз – це інфекційне захворювання нігтів грибової етіології, що викликається дерматоміцетами, дріжджовими чи пліснявими грибами. Це досить розповсюджене захворювання складає до 50% випадків ураження нігтів. Найчастіше вражаються нігті на нижніх кінцівках, що пов'язано із їх повільнішим ростом порівняно з нігтями верхніх кінцівок. Найбільш розповсюдженим збудником-дерматофітом на даний час являється *Trichophyton rubrum*, рідше *Trichophyton mentagrophytes* і значно рідше *Trichophyton violaceum*. Окрім дерматофітів частим збудником можуть бути гриби роду *Candida* (превалує при оніхомікозі