

**Організація наукових медичних досліджень
«Salutem»**

ЗБІРНИК МАТЕРІАЛІВ

**МІЖНАРОДНОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ
КОНФЕРЕНЦІЇ**

**«ВІТЧИЗНЯНА ТА СВІТОВА МЕДИЦИНА
В УМОВАХ СУЧАСНОСТІ»**

15–16 січня 2021 р.

Дніпро
2021

ЗМІСТ

НАПРЯМ 1. ТЕОРЕТИЧНА МЕДИЦИНА: СУЧАСНІ ПРІОРИТЕТИ РОЗВИТКУ

РЕВЕРСІЯ НЕРВОВО-М'ЯЗОВОГО БЛОКУ У ПАЦІЄНТІВ З ПІДВИЩЕНИМ ІНДЕКСОМ МАСИ ТІЛА НА ФОНІ ПРИЙОМУ ПРЕПАРАТУ «СУГАМАДЕКС» Блохіна В. А., Бойко О. В.	6
CONTRIBUTIONS OF ATG16L1 AND AHR DURING EXPERIMENTAL COLITIS IN RATS Zherebiatiev O. S.	9
ОСОБЛИВОСТІ ІНТУБАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ З ВИСОКИМ РІВНЕМ ІНДЕКСУ МАСИ ТІЛА Пенья К., Бойко О. В.	10

НАПРЯМ 2. КЛІНІЧНА МЕДИЦИНА: СТАН ТА ПЕРСПЕКТИВИ

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ФІТОІМУНОКОРЕКЦІЇ ПРИ РЕКУРЕНТНИХ РЕСПІРАТОРНИХ ІНФЕКЦІЯХ ТА У РАЗІ ЇХ ПОСДНАНОГО ПЕРЕБІГ У У ДІТЕЙ З НЕДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЮ ДИСПЛАЗІЄЮ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ Барчан Г. С., Біловол Д. І., Ганжара Є. А., Лиско А. І., Кириченко Я. А., Вергій О. О.	13
КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ПРОВЕДЕННЯ ЗНЕБОЛЕННЯ ТОТАЛЬНОЇ АБДОМІНАЛЬНОЇ ГІСТЕРЕКТОМІЇ У ПАЦІЄНТКИ ІЗ СУПЕРМОРБІДНИМ ОЖИРІННЯМ Бойко О. В., Романенко І. О., Панаско І. І.	18
ОСОБЛИВОСТІ ІНТУБАЦІЇ У ЛЮДЕЙ З ПІДВИЩЕНИМ ІНДЕКСОМ МАСИ ТІЛА Бойко О. В., Павленко В. В.	21
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДИАГНОСТИКИ НАРУШЕНИЙ В СИСТЕМЕ ГЕМОСТАЗА ПРИ ОСТРЫХ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ Гычка Н. М., Чеботарева А. С., Хамидова Ш. А.	24

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДИАГНОСТИКИ НАРУШЕНИЙ В СИСТЕМЕ ГЕМОСТАЗА ПРИ ОСТРЫХ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

ГЫЧКА Н. М.

доцент кафедры акушерства и гинекологии № 3

ЧЕБОТАРЕВА А. С.

ассистент кафедры акушерства и гинекологии № 3

ХАМИДОВА Ш. А.

клинический ординатор

кафедры акушерства и гинекологии № 3

Национальный медицинский университет

имени О. О. Богомольца

г. Киев, Украина

Несмотря на огромные успехи современного акушерства, кровотечение в родах остаётся одной из актуальных проблем и является одной из частых причин заболеваемости и смертности в акушерской практике. По отношению к общему числу родов акушерские кровотечения составляют от 3 до 8% [1, с. 330; 2, с. 51]. В 2000–2017 годах акушерское кровотечение было второй по значимости причиной прямой материнской смертности в Украине. Массивная кровопотеря и геморрагический шок являются одной из ведущих причин материнской смертности [3, с. 232; 4, с. 115], составляя в ее структуре в чистом виде 20-25%, как конкурирующая причина – 42%, фоновая – до 78%. Причиной послеродовых кровотечений может быть один из 4 базовых этиологических процессов, обозначаемых как «4Т» (тонус, ткань, травма, тромбин) [5, с. 25; 6, с. 64]. Целью данного исследования является сравнение использования тромбоэластографии и лабораторных анализов для оценки гемостаза во время обширного акушерского кровотечения, путем обзора соответствующей литературы и собственного исследования.

Нами проспективно обследовано 32 беременные женщины с антенатальной гибелью плода (АГП) на базе КНП «Киевский родильный дом №3». Проводилось сравнительное исследование системы гемостаза путем стандартной коагулограммы и методом тромбоэластографии. Данное исследование показало, что метод тромбоэластографии являлся более раним и точным методом оценки

изменений в системе гемостаза у беременных с АГП. При анализе литературы, исследование «Major obstetric haemorrhage», Университетская больница Сальгренска, Швеция, были включены 45 женщин с акушерским кровотечением более 600 мл и 49 женщин с кровопотерей <600 мл. Были выполнены следующие анализы тромбоэластографии: время до начала свертывания (TEG-R), время до 20 мм плотности сгустка (TEG-K), скорость роста сгустка (TEG-Angle), максимальная амплитуда сгустка (TEG-MA) и лизис через 30 мин (TEG-LY30). Кроме того, измеряли количество тромбоцитов, активированное частичное тромбопластиновое время, протромбиновое время, фибриноген, антитромбин и D-димер. Данное исследование показало, что при кровотечении более 2000 мл видны изменения в системе свертывания крови как при тромбоэластографии так и в стандартной коагулограмме [7, с. 10-17]. Однако, при помощи тромбоэластограммы изменения в системе гемостаза определялись на более ранней стадии, что позволяло начать адекватную терапию и предотвратить развитие геморрагического шока.

В исследовании «Thromboelastography in abruptio placentae» университета Натала, Южная Африка провели анализ использования стандартной коагулограммы и тромбоэластографии у беременных с преждевременной отслойкой плаценты. Проводилось сравнительное исследование системы гемостаза, при поступлении, сразу после родов, через 4 часа и 24 часа. Данное исследование показало, что изменения гемостаза отображались при обоих методах, но при стандартной коагулограмме через 24 часа после кровотечения уровень тромбоцитов возвращался к нормальным значениям. А тромбоэластография давала возможность определить стадию гиперкоагуляции – ранний признак диссеминированного внутрисосудистого свертывания [8, с. 229-233].

При анализе сравнительных характеристик тромбоэластографии можно сделать следующие выводы: параметры тромбоэластографии, которые отражают стабильность сгустка и фибринолиз, снижаются у рожениц с массивным акушерским кровотечением по сравнению с женщинами у которых кровопотеря составляет до 600 мл, в то время как образование сгустка у них ускорено. Лабораторные анализы также показали нарушение гемостаза с наиболее выраженными различиями в количестве тромбоцитов, концентрации фибриногена и активности антитромбина [9]. Стандартные тесты на коагуляцию выявляют нарушения в системе гемостаза, за исключением того, что количество тромбоцитов возвращается

к нормальным пределам в течение суток после родов. Обычные тесты на коагуляцию, такие как подсчет тромбоцитов, протромбиновое время (ПВ) и активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), имеют несколько ограничений: получение результатов может занять до часа; они выполняются на плазме, а не на цельной крови; и они не могут диагностировать многофакторные дефекты коагуляции [10, с. 174]. Во время массивных послеродовых кровотечений уровни протромбинового времени и АЧТВ могут оставаться нормальными, несмотря на 4500 мл кровопотери [11, с. 851].

При помощи ТЭГ можно определить ранний признак диссеминированного внутрисосудистого свертывания (виперкоагуляция) до появления клинических симптомов. Но и стандартные лабораторные тесты по-прежнему необходимы для выявления нарушений в системе гемостаза, а тромбоэластография является полезным методом исследования в акушерских стационарах, где лабораторные результаты не доступны на протяжении одного часа в целях мониторинга и лечения осложнений нарушений свертывания крови при акушерских кровотечениях. В большинстве случаев медикаментозная и гемотрансфузионная терапия не основана на фактическом состоянии коагуляции, поскольку обычные результаты лабораторных тестов, как правило, не доступны в течение 45-60 минут. Для функционального анализа фибриногена не было обнаружено значительных различий между FF-MA и FF-MRTGG в отношении прогностической эффективности гипофибриногемии ≤ 2 г/л. Все параметры ТЭГ, полученные на основе анализа каолина и функционального фибриногена и фибриногена Клаусса, достоверно предсказывали тяжелое послеродовое кровотечение > 2500 мл [12, с. 416]. Тромбоэластография, как метод исследования системы гемостаза, позволяет в течение одного теста оценить все звенья свертывающей системы крови – плазменное, тромбоцитарное и систему фибринолиза [13, с. 101]. Это потенциально обеспечивает более быструю и целенаправленную замену продуктов свертывания и сводит к минимуму использование компонентов крови. Последнее важно, поскольку снижает риск развития острых аллергических реакций, гемотрансфузионного шока, острого повреждения легких, связанного с переливанием крови и перегрузки системы кровообращения.

Использованная литература:

1. Dildy G. Postpartum hemorrhage: new management options / G. Dildy // Clin. Obstet Gynecol. – 2002. – P. 45, 330-344.

2. Mazhar S. Management of massive postpartum hemorrhage by B-Lynch brace suture. / S. Mazhar // J. Coll. Phys. Surg. Pak. – 2003. – P. 13, 51-52.
3. Камінський В.В., Голяновський О.В., Ткаченко Р.О., Чернов А.В. Масивні акушерські кровотечі / В.В. Камінський [та ін]. – 2010. – С. 232.
4. McLintock C. Postpartum haemorrhage. / C. McLintock // Thromb Res. – 2005. – Feb. – P. 115.
5. Радзинский В.Е. Современные подходы к лечению послеродовых кровотечений. *Акушерство и гинекология*. 2008. № 3. С. 25-30.
6. Макацария А.Д. Тромбозы и тромбоземболии в акушерско-гинекологической клинике: молекулярно-генетические механизмы стратегия профилактики тромбоземболических осложнений: руководство для врачей / А.Д. Макацария, В.О. Бицадзе, С.В. Акиншина. – 2007. – С. 64.
7. Karlsson, O., A. Jeppsson, and M. Hellgren. "Major obstetric haemorrhage: monitoring with thromboelastography, laboratory analyses or both?" *International journal of obstetric anaesthesia*. 23.1 (2014): 10-17.
8. Moopanar, S. Naidu, J. Moodley, E. Gouws, D. "Thromboelastography in abruptio placentae". *Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 17.3 (1997): 229-233.
9. Mahadik, Anuradha, et al. "Massive haemorrhage with rare Kidd antibody." *Women's Health*. 22.1 (2020).
10. McNamara, H., et al. "Coagulopathy and placental abruption: changing management with ROTEM-guided fibrinogen concentrate therapy". *International journal of obstetric anaesthesia*. 24.2 (2015): 174-179.
11. Solomon, C., R. E. Collis, and P. W. Collins. "Haemostatic monitoring during postpartum haemorrhage and implications for management". *British journal of anaesthesia*. 109.6 (2012): 851-863
12. Rigouzzo, Agnes, et al. "Assessment of Coagulation by Thromboelastography During Ongoing Postpartum Hemorrhage: A Retrospective Cohort Analysis". *Anesthesia & Analgesia*. 130.2 (2020): 416-425.
13. Рыжков, С. В, et al. «Клиническая значимость проведения тромбоэластографии в практике акушера-гинеколога». *Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований*. 12-1 (2014): 101-104.