

2019 Т5

лення КШ, необхідно звільнення ТОНК від токсичного вмісту, вплив лікарських препаратів на кишечну мікрофлору і слизову оболонку з метою відновлення її фізіологічних функцій. Неудовільні результати реконструктивних операцій на КТ підкреслюють важливість пошуку нових методів і підходів профілактики НКА.

СПИСОК СОКРАЩЕНЬ

Кишечний шов КШ; кишечний анастомоз КА; післяопераційний період ПОП; післяопераційні ускладнення ПО; брюшна порожнина БП; несостоятельность кишечного шва НКШ; несостоятельность кишечного анастомоза НКА; запалювальна реакція ВР; кишечної трубки КТ; назогастральне дренирування НГД; тонка кишка ТОНК; товста кишка ТОЛК; перитоніт і ілеус ПІІ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белевцов Ю.П. Комплексний метод профілактики й лікування післяопераційного порезу шлунково-кишкового тракту: Автореф. дис... к.мед.н: 14.01.03 / Ю.П. Белевцов; Харк. держ. мед. ун-т. – Х., 2006. – 18 с.
2. Власов А.П. Кишечний шов в умовах порушеного кровопостачання: автореф. дис... д.мед.н. / А.П. Власов. – Самара; – 1991. – 31 с.

Мартінова Л. І.
кандидат медичних наук,
доцент кафедри акушерства та гінекології післядипломної освіти
Національний медичний університет імені О. О. Богомольця
м. Київ, Україна

АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ВАГІТНОСТІ, УСКЛАДНЕНОЇ АНОМАЛЬНИМ РОЗТАШУВАННЯМ ПЛАЦЕНТИ

Аномальне розташування плаценти відноситься до умовно немодифікованих факторів, що призводить до кровотеч і масивної крововтрати одним з основних ускладнень в акушерській практиці, що вимагають від медичного персоналу максимального емоційного напруження і ресурсів. Етіологія аномальної плацентації добре вивчена, чітко визначені фактори ризику. Відомі в даний час операційні техніки при передлежанні плаценти, проте основною метою є зниження обсягу крововтрати і збереження репродуктивної функції у жінки.

Передлежання плаценти є найсприятливішою плацентарною аномалією, а також одним з визначальних чинників у структурі материнської смертності в усьому світі [1-3]. В Україні частота народжень при аномальному розташуванні плаценти становить 0,5-0,8% від загального числа пологів, в Китаї досягає 1,24% випадків. Поширення аномальної плацентації неухильно збільшується, що пояснюється одним з провідних чинників – «хвороби оперованої матки» (кесарів розтин, консервативна міомектомія, перфорація матки) [1; 3]. Єдиним методом розродження є проведення операції кесарів розтин. Особливість полягає в тому, що дане втручання потенційно ускладнюється ризиком виникнення масивної акушерської крововтрати і втратою репродуктивної функції для жінки в майбутньому [1; 2]. Збільшення частоти виникнення аномального розташування плаценти вимагає оптимізації хірургічної тактики з метою зниження обсягу крововтрати, тривалості операції і трансфузії компонентів крові.

Мета дослідження – проаналізувати перебіг вагітностей і пологів у жінок з аномальним розташуванням плаценти.

Матеріали та методи. Проведено ретро- і проспективний аналіз історій вагітності та пологів, ускладнених аномальним розташуванням плаце-

нти. У київському пологовому будинку №5 постійно модернізується операційна техніка, в 2018 р проведено зміна ходу операції в порівнянні з періодом 2015-2017 рр. Особливості модифікації оперативного втручання будуть описані пізніше. У зв'язку з чим прийнято рішення про те, щоб досліджувати результати вагітності (n=67) розділити на дві групи. У 1-у групу (n=37) увійшли жінки, вагітність яких завершилася в період 2015-2017 роках; до 2-ї групи (n=30) – в 2018 році. Статистичну обробку отриманих даних проводили з використанням програми Statistica 10.0. Результати представлені як середнє арифметичне величини показника і його середньоквадратичне відхилення (M±SD). Мінімальну ймовірність справедливості нульової гіпотези брали при p<0,05.

Результати дослідження. Середньостатистичний показники жінок, вагітність яких ускладнилася аномальним розташуванням плаценти, істотно не змінювався протягом чотирьох років. Акушерському анамнезу, який є провідним фактором, що визначає ризик виникнення аномалії плацентации, слід приділяти особливу увагу. У 1-й групі кількість вагітностей в анамнезі складало 4,3±2,5 епізодів, у 2-й групі – 3,2±1,4. У досліджуваних групах первістки склали 2,7 і 10,0% відповідно. Важливим є аналіз результатів попередніх вагітностей (табл. 1).

Таблиця 1

Результати попередніх вагітностей у обстежуваних жінок

Показник	1-а група (n= 37)	2-а група (n= 30)
Самовільні пологи	54	33
Кесарів розтин	38	50
Аборти	65	87

Отримані дані свідчать про зниження кількості самовільних пологів на користь оперативного розродження, що відповідає загальнопопуляційній тенденції. Наочно продемонстровано, що кожна друга жінка має обтяжений акушерсько-гінекологічний анамнез: аборт, рубець на матці. Ці види патології в сукупності є додатковим фактором ризику розвитку атрофічних процесів в міометрії. За даними УЗД, передлежання плаценти встановлено в 100% випадків з 1-го триместру, що дозволяє сформувати групу ризику для подальшого спостереження. Для верифікації підозр на

вростання плаценти доцільно проведення МРТ дослідження. Так, в 1-й групі МРТ проведено у 19% вагітних, у 2 групі – тільки в 3% випадків. Дані відмінності можна пояснити наступними факторами: пізня явка в жіночу консультацію і госпіталізація жінки, відсутність ультразвукових ознак вростання плаценти і інформованої добровільної згоди пацієнта на проведення дослідження. Терміни розродження в групах пацієнтів суттєво не відрізнялися і склали 36,0 ± 2,5 тиж., Тим самим при відсутності абсолютних показань ми прагнемо родорозрешаючої вагітних з аномально розташованою плацентою на терміні 37-38 тижнів. У табл. 2 представлені основні результати дослідження.

Таблиця 3

Основні результати обстеження жінок

Показник	1-а група (n= 37)	2-а група (n= 30)
Тривалість операції, хв.	51,6 ± 30,8	46,9 ± 32,9
Час вилучення дитини, хв.	2,4 ± 1,2	2,1 ± 0,9
Середня крововтрата, мл.	1 314,2 ± 183,5	1 006,4 ± 170,3
Екстирпація матки, абс. (%)	1 (2,7)	0 (0)
Вростання плаценти, абс. (%)	9 (24,3)	5 (16,6)

При порівнянні отриманих даних достовірних відмінностей не встановлено, проте відзначена позитивна тенденція до вирішення завдань – зменшення обсягу крововтрати, тривалості операції, збереження репродуктивної функції жінки. Оперативне розродження було направлено на можливе збереження репродуктивної функції з досягненням мінімальної крововтрати. У зв'язку з чим на передопераційному етапі всім вагітним проводилася консультація трансфузіолога, індивідуальний підбір кровозамінників для можливої гемотрансфузії. При виборі розрізу перевага віддавалася лапаротомії по Пфанненштилю. Першим етапом є низведення сечового міхура для зменшення його травматизації, однак при вираженому спаечном процесі в черевній порожнині, наявності вростання плаценти в передню стінку матки і сечовий міхур травма сечового міхура буває неминучою. Другий етап – розріз на матці і вилучення дитини. Розріз незалежно від розташування плаценти проводиться в нижньому сегменті матки. Третій етап – перев'язка маткових артерій (проведена в 90% випад-

кін) і відділення плаценти. У більшості випадків плацента відокремлювалася рукою. При наявності підвищеної кровоточивості з плацентарної площадки проводилося прошивання цієї ділянки Z-образним швом (в 37% випадків). При розташуванні плаценти по передній стінці з ознаками вrostання вироблялося висічення ділянки вrostання в межах здорових тканин, ушивання дворядним вікріловим швом – метропластика (в 16% випадків). У 10% жінок спостерігалася гіпотонія матки, з метою скорочення матки накладалися компресійні шви по В-Lynch. Для досягнення гемостазу можливе проведення перев'язки крижово-маткових зв'язок (20%) і внутрішніх клубових артерій (7%).

Висновок. Передлежання плаценти залишається складною, міждисциплінарною проблемою, актуальність якої зростає з кожним роком. Основним фактором ризику аномалії плацентациї залишаються оперативне розродження в анамнезі та медичні аборти. Ультразвукове дослідження є основним методом в діагностиці розташування плаценти, при підозрі на вrostання потрібно проведення МРТ. Високий ризик розвитку масивної кровотечі вимагає розробки оптимальної техніки оперативного розродження, що дозволяє зберегти репродуктивну функцію жінки і знизити потребу у використанні компонентів крові для можливої трансфузії. Нами запропонована техніка проведення операції в нижньому сегменті з відділенням плаценти після перев'язки маткових артерій, в деяких випадках з додатковим лігуванням крижово-маткових зв'язок з наступні відділенням плаценти. Удосконалення оперативного методу в поєднанні з адекватною інтраопераційною інфузійною терапією дозволило знизити величину крововтрати в 2018 р більш ніж на 32% і зберегти дітородний орган у всіх випадках.

ЛІТЕРАТУРА

1. Baba Y, Matsubara S, Ohkuchi A et al. Anterior placentation as a risk factor for massive hemorrhage during cesarean section in patients with placenta previa. *J Obstet Gynaecol Res.* 2014;40(05):1243–1248.
2. Young B C, Nadel A, Kaimal A. Does previa location matter? Surgical morbidity associated with location of a placenta previa. *J Perinatol.* 2014;34(04):264–267.

3. Rac M WF, Dashe J S, Wells C E, Moschos E, McIntire D D, Twickler D M. Ultrasound predictors of placental invasion: the Placenta Accreta Index. *Am J Obstet Gynecol.* 2015;212(03):3430–3439.

Борсук О. В.

майор медичної служби, начальник інфекційного відділення

Присташ С. О.

лікар-ординатор інфекційного відділення

*Миколаївський військовий госпіталь
м. Миколаїв, Україна*

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ПЕРЕБІГУ КОРУ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯ МИКОЛАЇВСЬКОГО ГАРНІЗОНУ ПІД ЧАС СПАЛАХУ 2018 Р., УСКЛАДНЕНОГО ДВОБІЧНОЮ ПОЛІСЕГМЕНТАРНОЮ ПНЕВМОНІЄЮ, ГЕПАТИТОМ, КЕРАТОКОН'ЮНКТИВИТОМ, АНЕМІЄЮ, РЕАКТИВНИМ ТЯЖКИМ ТРОМБОЦИТОЗОМ

Кір становить небезпеку для здоров'я та життя не тільки дітей, а й дорослих, будь якого віку, різних соціальних та професійних груп. Незважаючи на те, що імунізація проти кору триває майже 40 років, у світі продовжується реєструватись більш ніж 20 млн. випадків кору щорічно [1, с. 162-165]. Більшість (більше 95%) летальних випадків від кору відбувається в країнах з низьким доходом та слабкою інфраструктурою охорони здоров'я. Дорослі хворіють рідше, але захворювання у них має тяжкий перебіг, і в 30% випадків виникають ускладнення з боку бронхолегеневої системи (пневмонії, обструктивні бронхіти, ларинго- і трахеобронхіти), центральної нервової системи (енцефаліти, менінгоенцефаліти, менінгоенцефалополірадикулоневрити), ЛОР-органів (синусити, отити), ураженням інших органів і систем [2, с. 88-89]. За даними літератури, імуносупресія, яка викликана вірусом кору, є причиною летальних випадків впродовж 3 років після інфікування [2, с. 94].