

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
ГО «АСОЦІАЦІЯ АКУШЕРІВ-ГІНЕКОЛОГІВ УКРАЇНИ»
НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ
ОСВІТИ імені П.Л. Шупика
ДЕРЖАВНА УСТАНОВА «ІНСТИТУТ ПЕДІАТРІЇ,
АКУШЕРСТВА І ГІНЕКОЛОГІЇ імені Академіка О.М. Лук'янової
НАМН УКРАЇНИ»
КИЇВСЬКА МІСЬКА ДЕРЖАВНА АДМІНІСТРАЦІЯ



МАТЕРІАЛИ

*Пленуму Асоціації акушерів-гінекологів України
та науково-практичної конференції
з міжнародною участю*

**«АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ:
АКТУАЛЬНІ ТА ДИСКУСІЙНІ ПИТАННЯ»**

м. Київ
3-4 жовтня 2019 р.

відсутність побічних ефектів та протипоказань, може бути рекомендована до широкого застосування.

ЩЕРБИНА М. О., МЕРЦАЛОВА О. В., ЩЕРБИНА І. М., СКОРБАЧ О. І.

Харківський національний медичний університет, кафедра акушерства та гінекології №1, м. Харків

ПАТОЛОГІЧНА КРОВОВТРАТА ПРИ ОПЕРАЦІЇ КЕСАРЕВОГО РОЗТИНУ

Акушерські кровотечі (АК) залишаються однією з причин материнської захворюваності та смертності в розвинених країнах, і в країнах, що розвиваються. За даними ВООЗ, щорічно у світі помирає близько 140 тис. жінок від АК. У розвинених країнах частота масивних кровотеч у післяпологовому періоді становить 1 на 1000, а материнська смертність – 10 на 100000 пологів. При кесаревому розтині частота кровотеч у 4 рази вище, ніж при вагінальних пологах. Щодо останніх рекомендацій ВООЗ, АК вважається втрата 500 і більше мл крові зі статевих шляхів протягом доби після пологів, при кесаревому розтині допустимою крововтратою вважається крововтрата до 1000 мл, а понад 1000 мл – патологічною. АК вважають крововтрату від 0,5% до 1,0% від маси тіла жінки або до 15,0% від об'єму циркулюючої крові (ОЦК), патологічна АК – 1,0–1,5% від маси тіла або до 20% від ОЦК, масивна АК – більше 1,5% від маси тіла (більше 25% від ОЦК) або заміщення 50% ОЦК протягом трьох годин. Однак існують розбіжності у визначенні самого поняття АК, до того ж слід визнати, що до цього часу відсутні єдині величини патологічної крововтрати незалежно від методу розродження.

Реакція організму на крововтрату, незалежно від методу розродження, перебігає в кілька фаз: компенсована крововтрата, декомпенсація, геморагічний шок, розвиток синдрому дисемінованого внутрішньосудинного згортання крові. При крововтраті різко знижується ОЦК і створюється невідповідність між рештою об'ємом крові та ємністю судинного русла. Подразнення рецепторів судин призводить до активації симпатoadреналової системи, унаслідок цього відбувається викид у кров катехоламінів, що викликають генералізований судинний спазм. У результаті спазму артеріол зменшується кровотік на периферії, відкриваються артеріо-венозні шунти, відбувається централізація кровообігу. Спазм прекапілярів призводить до зниження гідростатичного тиску в капілярній мережі, що сприяє посиленню припливу міжклітинної рідини в судинне русло. Заповнення дефіциту білків у плазмі відбувається за рахунок переміщення лімфи у венозну мережу, цьому сприяє низький венозний тиск. Ішемія нирок і надниркових залоз стимулює виділення глюкокортикоїдів та

альдостерону, що призводить до розщеплення глікогену в печінці, підвищення рівня цукру в крові, зменшення виділення рідини з організму, затримки натрію. Описані компенсаторні механізми дозволяють без розвитку шоку перенести крововтрату до 700 мл (15% ОЦК). Якщо крововтрата перевищує 700 мл і кровотеча триває, може відбутися зрив компенсаторних можливостей організму і розвинутися стан шоку.

Отже, питання патологічної крововтрати при операції кесаревого розтину недостатньо вивчене й потребує вироблення єдиної величини патологічної крововтрати незалежно від методу розродження.

ЯРЕМЧУК Т. П.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, факультет післядипломної освіти лікарів, кафедра акушерства, гінекології та перинатології, м. Львів

ВПЛИВ МІКРОБІОТИ ШИЙКИ МАТКИ НА ВИНИКНЕННЯ ПЕРИНАТАЛЬНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ СИФІЛІСІ

Сифіліс є перинатальною інфекцією з високими показниками перинатальної захворюваності та смертності. Визначення патогенетичних механізмів формування акушерських та перинатальних ускладнень дає можливість здійснити профілактично-лікувальні заходи їх попередження та поліпшення перинатальних наслідків вагітності.

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ – поліпшення акушерських та перинатальних наслідків вагітності при сифілісі на основі вивчення мікробіоценозу статевих шляхів у нелікованих вагітних з перинатальними ускладненнями (антенатальною загибеллю плода – АЗП або передчасними пологамі живим плодом).

МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Матеріалом дослідження були кількісні та якісні показники історій пологів, та результати посівів з шийки матки та піхви 32-х хворих на сифіліс жінок з раннім прихованим сифілісом (11 вагітних – в термінах діагностики АЗП, 21 жінка – в латентній фазі передчасних пологів). Жінки були обстежені та розроджені в 2 триместрі вагітності в акушерських стаціонарах м. Львова. Методами дослідження були клінічні, біохімічні, УЗД, бактеріоскопічні, бактеріологічні, медико-статистичні методи.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

В мазках з піхви у всіх випадках домінувала грам від'ємна мікрофлора. З

