

ваний наконечник у режимах від 250 до 500 мДж при потужності від 3 до 10 Вт. При обробці великих площ використовували СРG-генератор у режимах 300-400 мДж при потужності 60-80 Вт. Використовувалися шаблони розмірами від 5 до 9 і формою від 3 до 6. На одній ділянці обробка проводилася до трьох разів для досягнення необхідного ефекту.

Вапоризація жирової клітковини при ринопластиці стовщеного кінчика носа вироблялася з переднього чи середнього ендоназального доступу колімованим наконечником у режимі 350 мДж при потужності генератора 5 Вт. Доброякісні утворення шкіри видаляли або в режимі різання, або методом пошарової абляції.

У післяопераційному періоді проводили місцеве і загальне лікування. Після вапоризації гіпертрофічних рубців, видалення доброякісних утворень проводили тушування ранової поверхні 5%-м розчином марганцевокислого калію до утворення темної щільної кірочки з щоденною обробкою до чотирьох разів на добу протягом 7 днів. Вапоризація гіпотрофічних рубців, хейлітів і хронічних тріщин губи велася з подальшим застосуванням солкосерил-желе протягом 5-7 діб.

При обробці великих площ на відкритих ділянках тіла застосовували тимчасове ранове покриття «Біокол-1». При обробці відкритих ділянок великої площі, за наявності в анамнезі герпесу або лишаю призначали зовіракс по 400 мг 3 рази на добу після їжі протягом 7 діб; антибіотики широкого спектра дії, антигістамінні препарати.

Післяопераційні рекомендації включали дбайливе поводження з обробленими ділянками шкіри протягом місяця. Після обробки відкритих ділянок шкіри вуглекислотним лазером (особливо при видаленні пігментних плям) рекомендували відмовитися від сонячних ванн протягом року, користуватися фотозахисними кремами з SPF не менше 17.

#### Висновки

У результаті проведеного дослідження щодо застосування вуглекислотного лазера в пластичній хірургії та косметології нами відзначено: відмінний інтраопераційний гемостаз, можливість точного пошарового випару тканин, мінімально виражений післяопераційний набряково-болісний синдром, скорочення вдвічі інтра- та післяопераційних ускладнень, рецидивів на 95 %, термінів післяопераційного лікування на 2-

3 дні, що свідчить про ефективність і перспективність методу.

Доцільним, на наш погляд, є постачання фірмою-виробником спеціального паперу, що імітує своїми властивостями шкіру під впливом лазерного випромінювання. Картки з цього паперу дозволили нам одержати перший досвід роботи і набути відточених та упевнених навичок при маніпуляціях ще до втручань на пацієнтах.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Варев Г. А., Барышев В. П. Опыт применения лазерных аппаратов «Ланцет» в хирургической практике // Мед. техника. — 2002. — № 1. — С. 41-43.
2. Лазеры в хирургии / Под ред. О. К. Скобелкина. — М.: Медицина, 1989. — 256 с.
3. Лазеры в эндоскопии / В. Н. Запорожан, В. В. Грубник, Б. К. Поддубный и др. — К.: Здоров'я, 1998. — 206 с.
4. Apfelberg D. B. The ultrapulse carbon dioxide laser with computer pattern generator automatic scanner for facial cosmetic surgery and resurfacing // Ann. plast. surg. — 1996. — N 36. — P. 522-529.
5. Skin resurfacing ultrapulse carbon dioxide laser / N. J. Lowe, G. Lask, M. E. Griffin et al. // Dermatol. surg. — 1995. — N 21. — P. 1025-1029.
6. Schoenrock L. D., Chernoff W. G., Rubach B. W. Cutaneous ultrapulse laser resurfacing of the eyelids // International Journal of Aesthetic and Restorative Surgery. — 1995. — Vol. 3, N 1. — P. 31-36.

УДК 618.5-005.1-089.888 616.381-089.85

В. Ф. Струк, І. І. Гудивок, В. І. Нижник

## ПРОГНОЗУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКА ГІПОТОНІЧНИХ МАТКОВИХ КРОВОТЕЧ У ПІЗЬОМУ ПІСЛЯПОЛОГОВОМУ ПЕРІОДІ

Івано-Франківська державна медична академія

#### Вступ

Сьогодні проблема акушерських кровотеч продовжує залишатися актуальною, оскільки є однією з основних причин материнської смертності. Що-

річно 127 000 (25 % усієї материнської смертності) жінок у світі помирає від кровотеч [2]. Акушерські кровотечі є однією з провідних причин материнської смертності у нашій країні протягом останніх десятиріч.

Частота акушерських кровотеч коливається від 2,7 до 8 % відношенню до загальної кількості пологів. Кровотечі трапляються як у першу, так і у другу половину вагітності, а також під час пологів і у післяпологовий



період. Більшість акушерських кровотеч виникає у ранньому і пізньому післяпологовому періодах (2–4 %) [3; 4]. Кровотечі у ранній післяпологовий період — це кровотечі, які виникають у перші години (4–5) після народження посліду. Найчастіше їх причиною є дефект плацентарної тканини, гіпо- або атонія матки, травма м'яких тканин пологових шляхів (шийки матки, піхви, варикозних вузлів) [1; 3]. Велика увага приділяється питанню прогнозування та профілактики акушерських кровотеч. Більшість наукових досліджень пов'язані з вивченням акушерських кровотеч у ранньому післяпологовому періоді, і лише поодинокі — у пізньому післяпологовому періоді. Зокрема, ми зупинилися на проблемі гіпотонічних маткових кровотеч, які виникають під час проведення інструментальних ревізій стінок порожнини матки у пізньому післяпологовому періоді.

Мета роботи: встановити ефективність прогнозування та профілактики гіпотонічних маткових кровотеч, які виникають під час проведення інструментальних ревізій стінок порожнини матки у пізньому післяпологовому періоді.

### Матеріали та методи дослідження

Нами обстежено 72 породіллі у пізньому післяпологовому періоді (4-та–7-ма доба пурперію). Всі жінки були з групи ризику щодо виникнення акушерських кровотеч (запальні захворювання статеві сфери, часті аборти, ускладнений перебіг післяабортного і післяпологового періодів, інфантилізм, багатоводдя, двійня, аномалії пологової діяльності, переношена вагітність, передлежання плаценти, пізні гестози) [5]. Вік обстежених жінок був від 18 до 35 років і у середньому становив  $22 \pm 1,23$ . Першо- і повторнородящих, а також першо- і повторновагітних була однакова кількість. Усім породіллям перед проведенням

інструментальної ревізії стінок порожнини матки з приводу *residua post partum* проводили пробу з окситоцином за запропонованою нами методикою: 5 ОД (1 мл) окситоцину розводили у 20 мл ізотонічного розчину натрію хлориду і 12 мл даного розчину вводили внутрішньовенно зі швидкістю 3 мл/хв, тобто 3 ОД окситоцину. При більш швидкому введенні розчину окситоцину може відмічатися відчуття «припливів» до обличчя та його почервоніння, що не впливає на ефективність проби. Повільне введення розчину окситоцину дозволяє запобігти вищевказаним ефектам. При появі кров'янистих виділень з пологових шляхів під час введення окситоцину або через кілька хвилин після закінчення введення розчину окситоцину пробу вважали позитивною, а при їх відсутності — негативною. У доступній літературі ми не зустрічали даних про використання даної проби для прогнозування пізніх гіпотонічних маткових кровотеч. Окрім того, у 68 породіль з позитивною пробюю з окситоцином оцінювали ефективність профілактики гіпотонічних маткових кровотеч у пізньому післяпологовому періоді. Вік обстежених жінок був від 17 до 42 років і у середньому становив  $24 \pm 2,27$ . Першо- і повторнородящих, а також першо- і повторновагітних була однакова кількість. Обстежені жінки були розподілені на дві групи: 1-ша (основна група) — 36 жінок і 2-га (контрольна група) — 32 жінки. У жінок основної групи проводилася профілактика гіпотонічних маткових кровотеч за нижче наведеною схемою, а у контрольній групі проводилося лікування гіпотонічних маткових кровотеч при їх виникненні.

Статистична обробка даних дослідження проводилася за допомогою статистичних програм персонального комп'ютера. Дослідження мало характер проспективного і рандомізованого.

### Результати дослідження та їх обговорення

Вважаємо, що проба з окситоцином дозволяє виявити недостатню продукцію ендogenous окситоцину гіпоталамусом або підвищену активність ферменту окситоцинази, що призводить до швидкого руйнування ендogenous окситоцину при збереженому рецепторному апараті міометрія. Встановлення механізмів проби з окситоцином потребує подальшого вивчення концентрації ендogenous окситоцину й активності окситоцинази у системному та локальному (матковому) судинному руслі.

Для оцінки ефективності будь-якої скринінгової проби використовують такі показники, як чутливість проби та її специфічність, які є основними параметрами, що характеризують ефективність методу діагностики. Чутливість проби з окситоцином показує, як часто спостерігається патологічна крововтрата під час проведення інструментальної ревізії стінок порожнини матки у жінок з позитивною пробюю з окситоцином (тобто виявляє відхилення від норми). Оцінка специфічності проби з окситоцином базується на частоті негативних (відповідних нормі) результатів. У вигляді математичної формули обидва параметри можна подати так:

$$\text{Чутливість проби з окситоцином} = \frac{\text{ПК}^+}{\text{ПО}^+} \times 100 \%,$$

де  $\text{ПК}^+$  — кількість пацієнток з патологічною крововтратою;  $\text{ПО}^+$  — кількість пацієнток з позитивним результатом проби з окситоцином.

$$\text{Специфічність проби з окситоцином} = \frac{\text{ПК}^-}{\text{ПО}^-} \times 100 \%,$$

де  $\text{ПК}^-$  — кількість пацієнток без патологічної крововтрати;  $\text{ПО}^-$  — кількість пацієнток з негативним результатом проби з окситоцином.



Чутливість проби з окситоцином становить:

$$(70:72) \times 100 = 97,2 \%$$

Специфічність проби з окситоцином дорівнює:

$$(71:72) \times 100 = 98,6 \%$$

Таким чином, враховуючи простоту і доступність проведення та високу чутливість і специфічність проби з окситоцином, вважаємо, що вона може бути рекомендована для широкого застосування у родопомічних закладах.

У 1-й (основній) групі профілактику гіпотонічної маткової кровотечі проводили шляхом внутрішньовенного крапельного введення екзогенного окситоцину впродовж усього періоду проведення операції (інструментальна ревiзiя стiнок порожнини матки) та 2 год після операційного періоду (10 Од окситоцину, розведеного у 500 мл ізотонічного розчину натрію хлориду). Вважаємо, що введення екзогенного окситоцину є патогенетично обґрунтованим методом профілактики гіпотонічних маткових кровотеч у жінок з позитивною пробою з окситоцином. У жінок 2-ї (контрольної) групи профілактику гіпотонічної маткової кровотечі не проводили, а починали лікування тільки у випадку, коли кровотеча перевищувала об'єм у 250 мл. Комплекс лікувальних заходів включав: лікувальний дозований масаж матки через черевну стінку по 20–30 с через 1 хв, місцеву гіпотермію

(холод на низ живота), одномоментне внутрішньовенне введення метилергометрину й окситоцину по 0,5 мл у одному шприці з подальшим введенням цих препаратів тією ж дозою внутрішньовенно крапельно впродовж 30–40 хв, внутрішньовенне струминне введення 10 мл 10%-го розчину глюконату кальцію, 4 мл 12,5%-го розчину дицинону та поповнення крововтрати за допомогою інфузійних препаратів. Кровотеча, що перевищувала 250 мл під час проведення інструментальної ревiзiя стiнок порожнини матки, вважалася патологічною при умові відсутності у жінки анемії [4]. Для оцінки крововтрати використовували більш простий гравіметричний спосіб.

Об'єм крововтрат при проведенні інструментальних ревiзiя стiнок порожнини матки в основній і контрольній групах наведено нижче (таблиця).

Як бачимо з таблиці, в основній групі об'єм крововтрати найчастіше знаходився у межах 50–100 мл у 34 (94,4 %) породіль, а у контрольній групі — у межах 251–300 мл у 28 (87,5 %) породіль. У середньому об'єм крововтрати в основній групі становив  $85,0 \pm 15,6$  мл, а у контрольній групі —  $270,0 \pm 25,8$  мл. Таким чином, середня крововтрата у жінок основної групи вірогідно ( $P < 0,01$ ) була меншою, ніж у породіль контрольної групи. Крім того, у контрольній групі у двох випадках трап-

лялися гіпотонічні маткові кровотечі через 8 і 11 год після проведення операції інструментальної ревiзiя стiнок порожнини матки.

Отже, запропоновану методику профілактики гіпотонічних маткових кровотеч у породіль у пізньому післяпологовому періоді під час проведення операції інструментальної ревiзiя стiнок порожнини матки можна вважати раціональною і патогенетично обґрунтованою. Дана методика може бути рекомендована для широкого застосування у родопомічних закладах.

## Висновки

1. Висока чутливість і специфічність проби з окситоцином дозволяє вважати її ефективним скринінговим методом прогнозування гіпотонічних маткових кровотеч, які виникають у пізньому післяпологовому періоді під час проведення інструментальних ревiзiя стiнок порожнини матки.

2. Враховуючи високу ефективність запропонованого методу прогнозування та профілактики гіпотонічних маткових кровотеч, які виникають у пізньому післяпологовому періоді під час проведення інструментальних ревiзiя стiнок порожнини матки, його можна рекомендувати для використання у родопомічних закладах країни.

## ЛІТЕРАТУРА

1. *Актуальные вопросы акушерства* / Под ред. Е. В. Коханевич. — К.: ТМК, 2001. — 152 с.

2. *Избранные лекции по акушерству и гинекологии* / Под ред. А. Н. Стрижакова, А. И. Давыдова, Л. Д. Белоцерковцевой. — Ростов/нД.: Феникс, 2000. — 512 с.

3. *Іванюта Л. І., Дубенко О. Д.* Прогнозування акушерських кровотеч у жінок з обтяженою репродуктивною функцією // Зб. наук. праць Асоціації акушерів-гінекологів України. — К.: ТМК, 1999. — С. 80-84.

4. *Акушерские кровотечения* / В. И. Кулаков, В. Н. Серов, А. М. Абубакирова, И. И. Баранов. — М.: Триада-Х, 1998. — 96 с.

5. *Справочник по акушерству и гинекологии* / Под ред. Г. М. Савельевой. — М.: Медицина, 1992. — 352 с.

Таблиця  
**Об'єм крововтрати у жінок основної і контрольної груп під час проведення інструментальних ревiзiя стiнок порожнини матки**

Об'єм крововтрати, мл	Групи дослідження	
	1-ша (основна) група, абс. кількість, % n = 36	2-га (контрольна) група, абс. кількість, % n = 32
Менше 50	1 (2,8)	—
50–100	34 (94,4)	—
101–150	1 (2,8)	1 (3,1)
151–200	—	—
201–250	—	1 (3,1)
251–300	—	28 (87,5)
Більше 300	—	2 (6,3)

