

Шадлун Д.Р., Гріжимальський Є.В.,  
Гарга А.Й., Суліменко Є.М., Буднік Н.М.,  
Ступакова Г.В., Сівук С.О., Лушніков В.В.  
Пологовий будинок «Лелека», м. Київ, Україна

### Клінічний випадок гострої кишкової непрохідності у вагітної

Гостра кишкова непрохідність (ГКН) — поняття, що об'єднує низку захворювань, спільним для яких є порушення прохідності по просвіту кишки. Частота ГКН неухильно зростає, особливо спайкової, унаслідок високої хірургічної активності. За останні 50 років частота цього захворювання збільшилася приблизно у 25 разів. Під час вагітності частота ГКН збільшується в 2–3 рази, виникає переважно в III триместрі [1]. ГКН у вагітних характеризується труднощами діагностики й несприятливим прогнозом для матері й плода. Летальність хворих із кишковою непрохідністю становить 3–18 %, у вагітних вона збільшується до 35–50 %. Прогноз для життя дитини ще гірше: частота переривання вагітності досягає 60 %. Особливістю вагітних пацієнток є те, що вони пізно потрапляють у поле зору хірурга [2]. Важливим є питання про збереження вагітності. При цьому необхідно враховувати стан хворої, термін захворювання, термін вагітності, стан плода, число попередніх вагітностей, стан пологових шляхів. Потрібно відмітити, що однозначного рішення ми не знайшли як у сучасній літературі так і серед лікарів акушерів-гінекологів. Ми дотримуємося думки, що вагітність потрібно зберігати, а родорозродження проводити в період доношеної вагітності. Питання про вагінальні пологи чи кесарів розтин розглядати безпосередньо перед народженням. У пологовий будинок «Лелека» самостійно звернулася вагітна М., 27 років. Було встановлено діагноз: вагітність II, 31 тиждень 2 дні. Головне передлежання. Очікувані II пологи. Гостра кишкова непрохідність. Виконана операція: верхньосередина лапаротомія. Вісцеролізис. Інтубація тонкого кишечника. Дренування черевної порожнини. Ранній післяопераційний період був ускладнений парезом кишечника, анемією середнього ступеня тяжкості (гемоглобін 80 г/л). На 12-ту добу від надходження пацієнтка виписана зі стаціонару в задовільному стані. У терміні 38 тижнів вагітності ми виконали екстраперитонеальний кесарів розтин. Народилася одна жива доношена дитина, хлопчик з масою тіла 2980 г, зріст 51 см, 8/9 балів за шкалою Апгар. Післяопераційний період перебігав без особливостей. У даної пацієнтки був застосований ERAS-протокол [3]. На 4-ту добу породилля з дитиною виписані зі стаціонару в задовільному стані.

### Список літератури

1. Айламазян Э.К., Семенова И.И., Старовойтов В.А. Особенности терапевтической и акушерской тактики при острой кишечной непроходимости у беременных // *Вестн. Рос. ассоц. акуш. и гин.* — 1995. — № 1(3). — С. 42-8.

2. Сотниченко Б.А., Макаров В.И. Ошибки диагностики и хирургической тактики при острой кишечной непроходимости у беременных // *Хирургия.* — 1990. — № 3. — С. 83-6.

3. Kehlet H. Fast-track surgery—the role of anaesthesiologist and perioperative pain management. *Refresher course lectures.* — Munich, 2007. — P. 153-155

УДК 616.244:616.012.2

Шевчук В.М., Левченко Т.М.  
Українська військово-медична академія,  
м. Київ, Україна

### Застосування препаратів протромбінового комплексу при резекції печінки

За даними наукової літератури встановлено, що найбільш часто після резекції печінки зустрічаються такі ускладнення: післяопераційна печінкова недостатність — від 5 до 30 %, внутрішня кровотеча — від 2 до 5 %, тромбоемболія легеневої артерії — від 0,5 до 3 % тощо [1]. Нами проаналізований клінічний випадок застосування препарату протромбінового комплексу для усунення кровотечі в ранньому післяопераційному періоді в пацієнта, прооперованого з приводу абсцесу печінки. Об'єм оперативного втручання: лапаротомія, гемігепатектомія, резекція сегмента 5–8-го з резекцією паракавальної порції сегмента 1. Під час дослідження встановлено, що в цілому величина інтраопераційної крововтрати становила 1500 мл. Крововтрата в першу післяопераційну добу — 950 мл. Дані лабораторного обстеження: протромбіновий індекс — 54 %, МНС — 2,0; протромбіновий час — 25 с (перша доба після оперативного втручання). З метою зупинки кровотечі й усунення дефіциту факторів згортання крові пацієнту було введено 1500 МО октаплексу внутрішньовенно з паралельним введенням вітаміну К (канавіт у дозі 10 мг), перелито 1000 мл свіжозамороженої плазми. За даними лабораторного обстеження (через три години після введення препарату) відмічається зменшення проявів гіпокоагуляції: протромбіновий індекс — 68 %, МНС — 1,54. Також після введення перерахованих препаратів відмічено зменшення крововтрати по дренажам (50 мл за добу). Лабораторні показники на наступну добу після застосування октаплексу: протромбіновий індекс — 72 %, МНС — 1,46. По дренажах — невелика кількість серозно-геморагічних виділень. Результати дослідження свідчать про доцільність застосування препаратів протромбінового комплексу для зупинки кровотечі й усунення гіпокоагуляції, у тому числі в ранньому післяопераційному періоді після резекції печінки.