

тонічних і коагулопатичних кровотеч, закінчився з появою нової проблеми, раніше не передбачуваної, часто ятrogenної, — проростання плаценти в матку в ділянці післяопераційного рубця. Поява якісного ультразвукового дослідження і магнітно-резонансної томографії дало можливість діагностувати дану патологію у дополовому періоді з високою точністю. Перед лікарями залишається відкритим питання: що робити при проростанні плаценти (*placenta percreta*), коли трофобласт проростає не тільки крізь міометрій і вісцеральну очеревину, але й у сечовий міхур? Існує три методи лікування проростання плаценти: 1) консервативний (самостійна резорбція плаценти) з можливим застосуванням метотрексату; 2) екстирпативний (видалення плаценти з по-переднім застосуванням різних методів деваскуляризації матки: емболізація маткових артерій (ЕМА), тимчасова балонна оклюзія клубових артерій матки, лігування судин хірургічним шляхом); 3) гістеректомія без спроби відділення плаценти. У пологовому будинку «Лелека» використовують сучасний метод допомоги, рекомендований при даній патології. Він полягає у виконанні серединної лапаротомії та донному кесаревому розтині з подальшою емболізацією маткових артерій. Передопераційна підготовка, крім усього загальноприйнятого, передбачає реалізацію кровозберігаючих технологій, таких як аутоплазмодонорство, передопераційна гемодилюція й інтраопераційна реінфузія крові (Cell saver). Операція виконується в плановому порядку на 34-му тижні вагітності. Всі пацієнти, які мали дану патологію, вписані в задовільному стані.

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

QL-блок як ефективний компонент післяопераційної аналгезії в акушерстві

Адекватна післяопераційна аналгезія кесарева розтину є життєво важливою, бо має безпосередній вплив на хірургічне відновлення, ранню мобілізацію пацієнтки, таким чином знижуючи розвиток потенційних ускладнень, таких як венозний тромбоемболізм, формування хронічних бальзових синдромів, розвитку післяполігоної депресії. Незважаючи на те, що протягом останніх років було впроваджено новітні методики та підходи до післяопераційної аналгезії кесарева розтину, огляд літератури свідчить, що ми ще знаходимося далеко від досягнення оптимальної післяопераційної аналгезії, в тому числі після кесарева розтину. Мультимодальний підхід до знеболювання — одна з ключових ланок системи прискореного відновлення пацієнтів після оперативних втручань ERAS, що базується виключно на даних доказової медицини (Enhanced Recovery After Surgery — ERAS). У своїй практиці ми впрова-

дили застосування сучасного регіонарного блока — Quadratus lumborum block (QL-блок). QL-блок — це блок задньої черевної стінки, що проводиться виключно під контролем ультразвуку. Він був вперше описаний Blanco як варіант ТАР-блока у 2007 році. Значно пізніше він зробив детальний опис блока і назвав його QL-блок, відповідно до назви м'яза *quadratus lumborum*. **Власний досвід.** За 2018 рік у пологовому будинку «Лелека» відбулось 1910 пологів, із них 477 — за рахунок кесарева розтину (25 %). З метою післяопераційного знеболювання у 106 пацієнток виконано QL-блок. Одразу після закінчення операції в умовах операційної проводиться білатеральний QL-2-блок з введенням бупівакайну 0,25% (лонгокайн) 25 мл з додаванням дексаметазону по 2 мг з кожного боку. Використовувався УЗ-сканер Samsung Medison SonoAce R7 з конвексним датчиком. Компонентами мультимодальної аналгезії також був декскетопрофен (кейвер) 50 мг в/в 3 р/д та парацетамол (інфлуган) в/в 1 г 4 р/д. Нам вдалося досягнути якісної післяопераційної аналгезії у 94 пацієнток (88,6 %) без застосування опіоїдів. Протівівідношення огляду сучасної наукової літератури щодо техніки виконання, показань і протипоказань до застосування QL-блока як компонента мультимодальної аналгезії у післяопераційному періоді, а також на основі власного досвіду застосування даної методики, можна стверджувати, що QL-блок є якісною альтернативою опіоїдам для післяопераційного знеболювання в акушерстві.

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

Blood patch як метод вибору лікування постпункційного головного болю

Періопераційна безпека регіонарної анестезії вища, ніж загальної, і це встановлений факт, проте при її виконанні можливий ряд ускладнень, одним з яких є ненавмисний прокол твердої мозкової оболонки (ТМО) та, як наслідок, постпункційний головний біль (ППГБ). Дані різних досліджень з ППГБ сильно варіюють. Так, головний біль зустрічається в 30–50 % випадків після діагностичної або лікувальної люмбальної пункції, у 0–5 % випадків — після спінальної анестезії і також більше 85 % випадків — ненавмисної пункції твердої мозкової оболонки під час епідуральної анестезії/аналгезії пологів [1]. Чинниками, що впливають на виникнення ППГБ, є: вік пацієнта, стать, розмір голки, кут напрямку голки до твердої мозкової оболонки та тип голки, досвід анестезіолога [2]. Причиною розвитку ППГБ є витікання цереброспінальної рідини через отвір у ТМО, що виникає після пункції. Головний біль може поєднуватись з нудотою, запамороченням, диплопією. Проаналізувавши нашу роботу за 2018