

*Костюченко Е. А.*

## **ВЛИЯНИЕ МАГНЕЗИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ НА ОБЪЁМ И ДЛИТЕЛЬНОСТЬ КРОВОТЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОК С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ**

*Научные руководители ассист. Ялонцкий И. З. канд. мед. наук Васильева Л. Н.*

*Кафедры анестезиологии и реаниматологии, акушерства и гинекологии*

*Белорусский государственный медицинский университет,*

*г. Минск*

**Актуальность.** Преэклампсия является важной медико-социальной проблемой. Одним из основных компонентов интенсивной терапии преэклампсии является профилактика судорожного синдрома назначением 25% раствора сульфата магния. Однако ряд акушеров-гинекологов являются противниками магниевой терапии в предоперационном и интраоперационном периоде, мотивируя это увеличением объема кровопотери за счет релаксации матки, а также за счет изменений в выработке оксида азота, модулирующего сосудистую стенку.

**Цель:** оценить влияние магниевой терапии на кровопотерю у пациенток с преэклампсией при родоразрешении и в послеродовом периоде.

**Материалы и методы.** Нами было проведено ретроспективное исследование 30 историй родов пациенток в возрасте ( $M \pm \sigma$ )  $29 \pm 4,62$  лет УЗ «6-я Городская клиническая больница» с диагнозом преэклампсия в период с 2017 по 2018 гг. Пациентки рандомизированы по возрасту, методу родоразрешения, отсутствию хронической гематологической патологии, отсутствию сопутствующей патологии, методу анестезии (спинальная анестезия: гипербарический бупивакаин 12 мг, морфин-спинал 75-100 мкг, суфентанил 5-10 мкг, премедикация: атропин 3-5 мг, димедрол 10 мг, ранитидин 50 мг). Инфузионная терапия всем пациенткам проводилась в малообъемном режиме. С утеротонической целью все пациентки получали окситоцин в стандартной дозировке (5ЕД болюсно и 2 ЕД/час в течение 5 часов титрованием).

**Результаты и их обсуждения.** Средний объем кровопотери у пациенток составил ( $M \pm \sigma$ )  $700 \pm 143,53$  мл. Кровотечение в послеродовом периоде наблюдалось у 1 пациентки, в суммарном объеме 1300 мл. Значимых нарушений гемостаза не было выявлено ни в одном случае. Средняя длительность оперативного вмешательства составила ( $M \pm \sigma$ )  $32,2 \pm 11,16$  минут. Общая доза сульфата магния составила ( $M \pm \sigma$ )  $23,13 \pm 9,7$ г. Для оценки наличия связи между применением с противосудорожной целью сульфата магния и объемом кровопотери мы рассчитали U-критерий Манна-Уитни. В результате нами было выявлено отсутствие статистически значимой связи между дозой сульфата магния и объемом кровопотери ( $U_1=0$ ;  $p_1=1.00$ ); дозой сульфата магния и длительностью оперативного вмешательства ( $U_2=0$ ;  $p_2=1.00$ ), а также между длительностью операции и объемом кровопотери ( $U_3=0$ ;  $p_3=1.00$ ). Уровень тромбоцитов, эритроцитов, гемоглобина и гематокрита в предоперационном и послеоперационном периоде оставался в пределах допустимых значений, не требующих коррекции. Статистически значимой связи между их изменениями и дозой сульфата магния выявлено не было.

**Выводы.** 1. У 29 пациенток, получавших сульфат магния, объем кровопотери был в пределах допустимых значений, у одной отмечалась патологическая кровопотеря. 2. Статистически значимой связи между дозой сульфата магния и объемом кровопотери, длительностью операции и динамикой лабораторных показателей красной крови выявлено не было. 3. Можно считать, что применение сульфата магния у пациенток с преэклампсией в предоперационном, интраоперационном и ближайшем послеоперационном периодах не оказывает значимого влияния на объем кровопотери. Однако целесообразно продолжить исследование на большей выборке.