

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.