

Міністерство освіти та науки, молоді та спорту України
Міністерство охорони здоров'я
Сумський державний університет
Медичний інституту



АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ТЕОРЕТИЧНОЇ ТА ПРАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ

Topical Issues of Clinical and Theoretical
Medicine

Збірник тез доповідей
III Міжнародної науково-практичної конференції
Студентів та молодих вчених
(Суми, 23-24 квітня 2015 року)

Суми
Сумський державний університет
2015

Выводы: учитывая, что рак шейки матки – 2-я в мире по частоте злокачественная опухоль у женщин после рака молочной железы, и более 70% случаев РШМ связаны с хронической папилломовирусной инфекцией, ВОЗ рекомендует включение вакцинации против ВПЧ в национальные программы иммунизации в странах, в том числе и в Украине, где профилактика рака шейки матки является приоритетом здравоохранения.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ ЭМПИЕМЫ ПЛЕВРЫ

Литвинов И.О., Пискарева А.М., Писаренко Г.Н.

Харьковский национальный медицинский университет, кафедра хирургии №2

Актуальность. Эмпиема плевры (ЭП) встречается у 3-5% больных с гнойно-воспалительными заболеваниями, требующими хирургического лечения. В сравнении с видеоторакоскопическими операциями (ВТО) открытые оперативные вмешательства более травматичны, с длительным послеоперационным периодом.

Цель исследования: оценить результаты применения ВТО в лечении острой ЭП.

Задача: провести анализ лечения больных острой ЭП с 2009 по 2015 г. путем применения ВТО.

Материалы и методы. С 2009-2015 г. в клинике на лечении находились 26 пациентов с диагнозом острой ЭП. Из них: мужчины составили 15(57,7%), женщины - 9(42,3%). Постпневмоническая этиология отмечена у 14(53,8%) больных, посттравматическая у 8(46,1%). Соответственно классификации ЭП по распространенности нами выявлены следующие формы острой ЭП: тотальная – 2(7,7%), распространенная – 8(30,7%), локализованная – 16(61,6%). ВТО выполняли с использованием эндовидеохирургического комплекса «Азимут» (Россия). Всем больным производилось направленное дренирование плевральной полости по Бюлау.

Результаты. Обязательными этапами ВТО по поводу острой ЭП были: ревизия плевральной полости, аспирация гноя, фибрина; промывание полости раствором декасана; декорткация легкого; выполнение плевродеза путем диатермокоагуляции; дренирование плевральной полости. Все больные были оперированы в первые сутки с момента поступления. Средняя продолжительность операции составила 51,5 минут. В лечении применяли антибактериальные препараты в комбинации: цефалоспорины и фторхинолоны. Послеоперационных осложнений, летальности не отмечено. Средняя продолжительность лечения больных составила 13 суток.

Выводы. 1. Раннее применение ВТО эффективно и безопасно для лечения острой ЭП. 2. ВТО при эмпиеме плевры позволяет в большинстве случаев излечить острую эмпиему плевры, избежать ее перехода в хроническую.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ОШИБКИ ПРИ ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ С ОГНЕСТРЕЛЬНЫМИ РАНЕНИЯМИ.

Негодуйко В.В.¹, Михайлусов Р.Н.²

¹*Военно–медицинский клинический центр Северного региона МО Украины*

²*Харьковская медицинская академия последипломного образования МОЗ Украины*

Харьков, Украина.

Проведение антитеррористической операции (АТО) на территории Восточной Украины, в ходе которой активно применялось современное боевое огнестрельное оружие, привело к массовым поступлениям раненых с огнестрельными ранами мягких тканей, квалифицированная медицинская помощь которым оказывалась гражданскими врачами центральных районных больниц в зоне проведения АТО. В дальнейшем при лечении пострадавших и анализе оказанной медицинской помощи были выявлены определённые организационные ошибки, которые приводили к дополнительным диагностическим и лечебным мероприятиям и удлинению сроков лечения этой категории пострадавших.

В своей повседневной деятельности гражданские врачи редко сталкиваются с массовыми огнестрельными ранениями. Как правило, это единичные огнестрельные раны, которые в большинстве своём нанесены из самодельного, травматического, охотничьего или табельного стрелкового оружия либо устройств взрывного действия: петарды, фейерверки, светошумовые взрывпакеты, сигнальные и стартовые пистолеты. Это оружие не предназначено для ведения военных боевых действий и в силу малой выраженности повреждающих факторов не приводит к обширным или множественным повреждениям.

Несмотря на базовую теоретическую подготовку достаточного практического опыта оказания медицинской помощи в условиях массовых поступлений раненых огнестрельным оружием гражданские врачи не имеют. Длительное отсутствие масштабных боевых действий на территории Украины и различие в выполняемых задачах и функциях, привело к обособлению гражданской медицины и военной-медицинской службы.

Современная отечественная медицинская доктрина подразделяет следующие уровни оказания медицинской помощи:

- Базовый уровень – Первая медицинская помощь.
- I уровень – Первая врачебная помощь.
- II уровень – Квалифицированная медицинская помощь.
- III уровень – Специализированная медицинская помощь.
- IV уровень – Специализированное лечение.
- V уровень – Реабилитация.

Выполнение ПХО ран предусмотрено на III и IV уровнях оказания медицинской помощи.

Цель исследования – выявить, проанализировать и систематизировать ошибки организационного характера, при оказании квалифицированной медицинской помощи раненым с огнестрельными ранами мягких тканей, поступивших из зоны АТО.

Было проанализировано 217 случаев оказания квалифицированной хирургической помощи раненым с огнестрельными ранениями мягких тканей в районах проведения АТО, при выполнении ПХО которых в центральных районных больницах были допущены ошибки организационного характера. Впоследствии эти раненые поступили на лечение в Военно-медицинский клинический Центр Северного региона, где были исправлены допущенные ошибки и приняты меры к их дальнейшему предупреждению.

При анализе организационные ошибки были проанализированы, систематизированы и разделены на следующие группы:

1. **Нарушение очерёдности оперирования раненых** было выявлено у 47 раненых. Согласно установкам современной военно-медицинской доктрины в первую очередь необходимо оперировать раненых с временной остановкой кровотечения или опасностью его возникновения (наложенным кровоостанавливающим жгутом, временным шунтом, обширными осколочными ранениями). Во вторую очередь с загрязнёнными ранами, когда имеется значительная опасность развития анаэробной инфекции. В третью очередь всех остальных раненых.
2. **Излишний «максимализм» или «минимализм» оказания помощи** был выявлен у 86 раненых, из них у 67 пациентов объём оказания помощи был недостаточен, а у 19 избыточен. Попытки избыточного оказания медицинской помощи не приводили к улучшению качества лечения больных, в то же время способствовали излишней нагрузке на медицинский персонал без улучшения результатов работы. Недостаточный объём медицинской помощи с пациентов с огнестрельными ранами приводит к раневым осложнениям и длительному течению раневого процесса.
3. **Ошибки в сопроводительных документах** при проведении эвакуационных мероприятий у раненых были выявлены у 121 раненого. Они заключались в неполноценном документировании проведенных диагностических и лечебных мероприятий, а так же выявленных особенностей ранения и соматического статуса пострадавших в сопроводительных документах раненых. Отсутствие полной документально

подтвержденной информации приводит к выполнению дополнительных диагностических и лечебных мероприятий и затрудняет отслеживание непосредственных и отдаленных результатов оказанной медицинской помощи.

Выявленную закономерность уменьшения раненых с дефектами выполнения ПХО через два месяца от начала проведения АТО можно объяснить улучшением взаимодействия и координации между гражданскими и военными специалистами на этапах эвакуации. Проведенная в дальнейшем информационно – разъяснительная работа с администрацией и специалистами лечебных учреждений, совместный разбор частных случаев, где выявлялись подобные ошибки оказания медицинской помощи дали положительный эффект.

Выводы. Организационные ошибки, выявленные при оказании квалифицированной медицинской помощи раненым с огнестрельными ранами связаны с недостаточным, взаимодействием между гражданскими и военными специалистами на этапах эвакуации, а так же различными подходами гражданской и военной доктрины в вопросах оказания медицинской помощи.

ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ТОШНОТЫ И РВОТЫ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ В ГИНЕКОЛОГИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ.

Савченко Б. А., Сусол Ю. Н.

*Научный руководитель - ассистент Редько С.И
Сумский государственный университет
кафедра ортопедии и травматологии*

Эпидуральная анестезия при лапароскопических операциях в гинекологии в 15-30 % случаев осложняется тошнотой и рвотой (ПОТР) различной степени выраженности. В литературе очень мало работ, посвященных проблеме интраоперационной тошноты и рвоты при нейроаксиальных методах анестезии, и в частности в гинекологической практике. С этим связан постоянно продолжающийся поиск средств профилактики.

Цель работы: оценить эффективность профилактики ПОТР различными антиэметическими препаратами на модели лапароскопических операций в гинекологии с использованием эпидуральной анестезии.

Материалы и методы. В проспективное сравнительное исследование включены 150 пациенток, которым проводили лапароскопические операции в гинекологическом отделении 1-й Сумской городской клинической больницы. Для профилактики ПОТР использована комбинация дексаметазона с ондансетроном. Пациентки были разделены на 3 группы. Группа D получала дексаметазон 8 мг однократно перед началом операции, группа О- ондансетрон 8 мг., группа ДО- дексаметазон 8 мг плюс ондансетрон 8 мг (n=50 в каждой группе). Все препараты вводились в/в однократно болюсно перед началом операции. Группы исследования были сопоставимы по виду и продолжительности операций, по возрастной принадлежности пациенток, антропометрическим показателям и соматическому статусу, по критериям ASA , а также по характеру интеркуррентной патологии. Риск развития ПОТР во всех группах составлял 3-4 степень по шкале Апфеля. Эпидуральная анестезия выполнялась по общепринятой методике на уровне L 2-4 раствором 2% лидокаина . Оценка результатов включала время, продолжительность и выраженность ПОТР непрерывно интраоперационно и в течение первых 24 часов после анестезии. В интраоперационном периоде использовался неинвазивный мониторинг (АД, САД, ЧСС, SpO₂). При возникновении тошноты или рвоты дополнительно внутривенно вводился ондостерон в дозе 8 мг.

Результаты

В группе D было зарегистрировано 3(6%) случая развития тошноты и 1(2%) случай рвоты интраоперационно и 6(12%) случаев тошноты и 2 (4%) случая рвоты в послеоперационном периоде. Суммарно ПОТР развился в 22% случаев. В группе О эти цифры составили соответственно 2(7%), 0(0%), 4(9%) и 1(2%). Суммарно в группе О зарегистрировано 7 случаев