

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

аспирационной пробы перед введением анестетика, введение тест-дозы, введение анестетика из нескольких точек, использование нейростимулятора, снижают вероятность развития тотального спинального блока при блокаде плечевого сплетения из надключичных доступов, но не могут гарантировать полную безопасность.

Выводы:

Нельзя проводить блокады периферических нервов и сплетений при отсутствии кислорода, дыхательной аппаратуры, инструментария для интубации трахеи и средств для проведения сердечно-легочной реанимации;

Более широкое применение аппаратных методов поиска нервов при помощи миостимулятора и под ультразвуковым контролем позволят значительно снизить вероятность возникновения тотального спинального блока при выполнении блокад плечевого сплетения.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЭНДОХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕПРОТЯЖЕННЫХ СТРИКТУР УРЕТРЫ

Клинический ординатор - Алжумаели Омар

Научный руководитель – доц. Сикора В.В.

СумГУ, медицинский институт,

кафедра хирургии с детской хирургией с курсом урологии

Актуальность: В настоящее время стриктуры мочеиспускательного канала занимают около 6% в структуре заболеваний мочеполовой системы. Частота рецидивов стриктур уретры после внутренней оптической уретротомии варьирует от 20 до 76%, а после повторных вмешательств может достигать 80-100%.

Цель работы: улучшение результатов эндоскопического лечения непротяженных стриктур уретры.

Материалы и методы: Нами были прослежены результаты лечения 40 мужчин с непротяженными, впервые выявленными стриктурами уретры до 2,0 см. Возраст больных варьировал от 21 до 58 лет. Всем пациентам была проведена внутренняя оптическая уретротомия. В послеоперационном периоде одна группа пациентов (n=20) получала антибиотикотерапию и инстилляцию гидрокортизоном N10, другой группе (n=20) – наряду со стандартным лечением выполнялись инъекции препарата «Лонгидаза» по 3000 МЕ каждые 3 дня N10. Для оценки результатов лечения были использованы урофлоуметрия, определение количества остаточной мочи, шкала IPSS и QoL, а также количество рецидивов в обеих группах. Срок наблюдения составил 6 месяцев.

Результаты: В первой группе наблюдения через 6 месяцев после операции было выявлено 3 рецидива (15%), во второй группе – 2 (10%). Максимальной объемная скорость мочеиспускания в первой группе составила $15,2 \pm 1,6$ мл/с, количество остаточной мочи составила $88,3 \pm 19,4$ мл, во второй группе – $17,4 \pm 1,5$ мл/с и $36,5 \pm 16,4$ мл соответственно ($p < 0,05$). В первой группе наблюдения суммарный балл IPSS составил $11,2 \pm 0,86$, QoL – $2,3 \pm 0,61$, во второй группе – $9,3 \pm 0,82$ и $2,1 \pm 0,57$ соответственно ($p < 0,05$).

Выводы: Таким образом, использование препарата «Лонгидаза» в послеоперационном периоде положительно влияет на результат эндохирургического лечения стриктур уретры.

НЕТРАДИЦИОННЫЕ МЕТОДЫ СПИНАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ОБЕЗБОЛИВАНИИ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ.

Батиашвили Д.Д., ¹⁾Терецук О.Н.

Научный руководитель - ассистент Редько С.И.

Сумской государственной университет

кафедра ортопедии и травматологии

¹⁾Сумская городская клиническая больница №5

В последние годы отмечается повышенный интерес к нейроаксиальным методам обезболивания и спинальной анестезии (СА), в частности. Появляются сообщения об

использовании односторонней спинальной анестезии (ОСА) в сосудистой хирургии и травматологии. В основе метода ОСА лежит теоретическая возможность блокады спинальных корешков с одной стороны, оперируемой конечности, при этом снижается доза местного анестетика (МА), и минимизируются гемодинамические эффекты.

Однако многие вопросы, связанные с применением ОСА не нашли должного освещения в литературе. На сегодняшний день отсутствует теоретическое и клиническое обоснование необходимой скорости введения раствора МА в субарахноидальное пространство для достижения ОСА, нет указаний на целесообразность использования конкретного типа спинальных игл, дискуссионным остается вопрос о длительности пребывания пациента в положении лежа на боку после субарахноидальной инъекции, отсутствуют сведения о возможности использования для ОСА при оперативных вмешательствах на нижней конечности гипербарического раствора бупивакаина в сочетании с фентанилом, не полностью освещены гемодинамические эффекты ОСА

Цель работы. Определить эффективность, безопасность и комфортность различных вариантов СА при различных ортопедических вмешательствах на нижних конечностях.

Пациенты и методы. Изучено применение СА у 200 пациентов I-IV классов ASA обоюго пола в возрасте от 18 до 90 лет и массой тела от 42 до 170 кг для выполнения операций на голени, бедре, коленном и тазобедренном суставах. Применяли различные варианты СА:

- 1) традиционная (ТСА) ($n=100$);
- 2) унилатеральная или односторонняя (ОСА) ($n=50$);
- 3) продленная СА (ПСА) ($n=25$);
- 4) субарахноидально-эпидуральная анестезия (С-ЭА) ($n=25$).

Для ТСА, ПСА и С-ЭА использовали изо- или гипербарический 0,5% раствор маркаина спинального и иглы типа Whitacre или Quincke (25-27 G), Tuohy и наборы для микрокатетерной техники; для ОСА – только гипербарический раствор в объеме 1,5-2 мл и иглы типа Whitacre. Обязательным компонентом анестезии были профилактика ПОТР (дексаметазон или 5-НТЗ-антагонисты) и седация (мидазолам или/и пропофол) для достижения 2-4 баллов по шкалам Ramsey или ОАА/S. Статистика: двусторонний точный критерий Фишера.

Результаты и обсуждение. Выбор техники СА определялся зоной и предполагаемой продолжительностью оперативного вмешательства, а также риском гемодинамических сдвигов. Фактическая длительность операций варьировала от 20 мин до 2,5 ч. Выраженные гемодинамические сдвиги (снижение ЧСС или/и АД сист. более чем на 40% от исходных) наблюдали в 7% в подгруппе ТСА и в 1,4% в других подгруппах ($p=0,025$). В 2 случаях применения ТСА и в 1 случае ОСА сенсорный блок был недостаточно эффективным, что потребовало дополнительной медикации. Частота двустороннего распространения блокады при выполнении ОСА составила 13%. Частота мышечной дрожи отмечена в 5,9% всех наблюдений, причем при более глубокой седации она наблюдалась реже. Частота послеоперационной рвоты после ТСА и С-ЭБ составила 11,7%, а после ОСА и ПСА 4,6% рвоты ($p=0,040$), что мы связываем с выраженностью депрессии гемодинамики. При этом общая частота возникновения постпункционной головной боли не превышала 2% и не зависела от техники СА. Дисфункцию тазовых органов (задержку или недержание мочи) чаще отмечали у пожилых мужчин, изредка – у молодых мужчин и женщин. Интересно, что в целом не удалось обнаружить зависимость частоты ее проявлений от техники СА.

Выводы. Использование альтернативных вариантов СА позволяет минимизировать вероятность побочных эффектов и осложнений традиционной техники. К недостаткам можно отнести удлинение периода ожидания развития целевого спинального блока, а также необходимость более раннего послеоперационного обезболивания.