

Міністерство освіти та науки України
Сумський державний університет
Медичний інституту



АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ТЕОРЕТИЧНОЇ ТА ПРАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ

Topical Issues of Clinical and Theoretical
Medicine

Збірник тез доповідей
IV Міжнародної науково-практичної конференції
Студентів та молодих вчених
(Суми, 21-22 квітня 2016 року)

ТОМ 2

Суми
Сумський державний університет
2016

патології вагітних або в жіночій консультації пологового будинку № 2 м. Вінниці. Застосовувалася методика І.В.Добрякова «Тест відносин вагітної» на виявлення особливостей психологічного ставлення вагітної до майбутньої дитини.

Результати. Пологи у всіх жінок пройшли на 38-40 тижнях вагітності. Діти були оглянуті після народження на 4-5 добу, потім у віці одного місяця. Після народження оцінювалося соматичний стан та неврологічний статус за профілем пригнічення-роздратування. У першу групу увійшли жінки, відповіді яких відповідали тривожного типу: «Я постійно прислухаюся до рухів майбутньої дитини, без вагомих на те підстав, турбуюся про стан його здоров'я». Дану відповідь обрали 15 жінок, які увійшли у першу (основну) групу, яку ми визначили як групу «тривожних» матерів. Другу групу (порівняння) склали 20 жінок, відповіді яких відповідали оптимальному типу відношення до вагітності.

Висновки. Тривожні переживання вагітної жінки істотно впливають на розвиток дитини перших місяців життя. Діти матерів з високим рівнем тривоги характеризуються в неонатальному періоді тенденцією до пригнічення центральної нервової системи, емоційною нестійкістю, порушенням якості сну, мають більш низькі бали при оцінці психомоторного розвитку. У цих дітей відмічається порушення комунікативних функцій у вигляді неповноцінного «комплексу поживлення».

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПОСЛЕ ТАЗОВО-УРЕТРАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ

*Багуля Е.В., Доника Л.А., студ. 5 курсу
Научный руководитель - ассистент Редько С.И.,
СумГУ, кафедра ортопедии и травматологии*

Актуальность. Существует большое количество техник послеоперационного обезболивания, однако среди них выделяют несколько базовых. Несмотря на множественные негативные эффекты, наиболее часто используют парентеральное введение опиоидов. Альтернативой традиционным методам обезболивания является использование регионарных методов, в частности эпидуральной анальгезии (ЭА).

Цель исследования — изучить влияние эпидуральной анальгезии на гемодинамику у больных после операции ТУР и сравнить ее результаты с результатами обезболивания опиоидами.

Материалы и методы. Проведено когортное проспективное контролируемое исследование 60 пациентов, подвергшихся операции ТУР в урологическом отделении 1-й городской больницы.

В зависимости от способа послеоперационного обезболивания пациенты были разделены на 2 группы. В первую группу (n = 30) вошли больные, которым в послеоперационном периоде на протяжении 3 суток каждые 4 часа вводили наркотический анальгетик (промедол) внутримышечно в дозе 0,1–0,5 мг/кг.

Во вторую группу (n = 30) вошли пациенты, которым послеоперационное обезболивание осуществляли с помощью эпидуральной анальгезии с постоянным введением 0,2% раствор ропивакаина скоростью 10–20 мг/ч на протяжении трех суток после хирургического вмешательства.

Для объективизации исследований и уточнения субъективной оценки качества обезболивания уровень болевого синдрома определялся с помощью визуальной аналоговой шкалы (ВАШ). Исследование проводили до операции, а затем на первые, третьи и седьмые сутки послеоперационного периода в обеих группах.

Динамический контроль среднего артериального давления (сАД), частоты сердечных сокращений (ЧСС) и сатурации (SpO₂) осуществлялся с помощью монитора Utas 300M.

Результаты и обсуждение. В обеих группах больных отмечалась одинаковая тенденция изменения всех исследуемых показателей в 1-е послеоперационные сутки с их постепенной стабилизацией к 7-м суткам. Более выраженные болевые ощущения, оцениваемые по ВАШ, были у пациентов I группы в сравнении с таковыми во II группе на

протяжении всего срока наблюдения, что свидетельствует о лучшем субъективном восприятии больными методики эпидурального обезболивания. Уровень сАД между исследуемыми группами достоверно не отличался. ЧСС в I группе была выше по сравнению с показателями во II группе, наибольшая разница наблюдалась в первые сутки после хирургического вмешательства.

Выводы. Продленная эпидуральная анестезия может быть использована в качестве альтернативного метода обезболивания пациентов после ТУР.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПЛАСТИКА У БОЛЬНЫХ С ПУПОЧНЫМИ ГРЫЖАМИ

Баулин В.А., Баулина О.А.

Научный руководитель: Баулин А.А.

Кафедра хирургии, онкологии и эндоскопии ГБОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей» Министерства здравоохранения России, г. Пенза, Россия

Актуальность. Наряду с первичными и рецидивными пупочными грыжами после классических операций появилась значительная группа больных с послеоперационными пупочными и околопупочными грыжами как следствие лапароскопического входа.

Цель и задачи исследования: улучшение результатов оперативного лечения больных с пупочными грыжами путём разработки и применения малоинвазивной технологии.

Методы и их применение. Для научного анализа и отработки методики изучено 254 (14,42%) больных оперированных по поводу пупочных грыж: у 74 больных (28,9%) зарегистрирована изолированная пупочная грыжа, у 180 больных (71,1%) – в сочетании с другой хирургической патологией, по поводу которой также выполнялось оперативное вмешательство. Средний возраст больных составил $55,5 \pm 0,5$ лет (от 15 до 81 года), мужчин 56, женщин - 198.

Результаты. При диаметре отверстия от 2 до 5 см, учитывая возможную ненадёжность простого сближения краёв грыжевых ворот, мы разработали модифицированную методику укрепления швов за счёт сетчатого имплантата. Выполняется разрез в виде полукруга в пределах пупочного кольца. Рассекается кожа и подкожная клетчатка до грыжевого мешка. Грыжевой мешок отделяется от подкожной клетчатки, осторожно вскрывается, осматривается, освобождается от содержимого, тупо и остро отделяется от краёв грыжевого дефекта. Между задними поверхностями задних листков влагалищ прямых мышц живота, задней поверхностью белой линии живота и листком брюшины тупо формируем пространство, куда будет уложен имплантат. Размер имплантата должен на 3-4 см во все стороны превышать размер грыжевого отверстия. Грыжевой мешок прошивается, перевязывается и отсекается поверх лигатуры. Края дефекта берём за швы держалки и приподнимаем вверх, а отслоенную брюшину опускаем вниз, то есть в сторону брюшной полости. Круто изогнутой иглой прошиваем в этом пространстве 6-8 швов, которые в виде паруса будут растягивать здесь сетку в стороны и удерживать. Концы нитей поочередно завязываем. Далее сшиваем края дефекта поверх сетки, подхватывая в углах швами прилежащую сетку.

Выводы. При пупочных грыжах возможно и оправдано с оперативной, экономической и косметической точек зрения применение малотравматичных способов с использованием сетчатого имплантата, установленного через минидоступ при диаметре отверстия до 5 см.

РЕФЛЮКС-ИНДУЦИРОВАННАЯ БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА

Баулина О.А., Баулин В.А.

Научный руководитель: Ивачева Н.А.

Кафедра хирургии, онкологии и эндоскопии ГБОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей» Министерства здравоохранения России, г. Пенза, Россия

Актуальность. Увеличивается число больных с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ), страдающих бронхиальной астмой (БА). Сочетание этих заболеваний