

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

Заметное снижение внутриглазного давления наблюдалось в обоих случаях: на факическом глазу ВГД снизилось с $42,3 \pm 8$ мм рт.ст. до $11,9 \pm 1,8$; на псевдофакическом с $38,67 \pm 9,28$ мм рт.ст. до $11,75 \pm 3,5$ мм рт.ст.

Выводы: Нормализация ВГД, при хирургическом лечении глаукомы с имплантацией клапана Ахмеда, в раннем послеоперационном периоде, наблюдалась при всех стадиях глаукомы.

Существенной разницы в гипотензивном эффекте между факическими и псевдофакическими глазами после имплантации клапана Ахмеда, в раннем послеоперационном периоде, не наблюдалось.

РОТАЦИОННО-АСПИРАЦИОННАЯ ТРОМБЭКТОМИЯ КАК МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ БЮРГЕРА

Рышкевич А.Г.

Научный руководитель – Василевский В.П.

1-я кафедра хирургических болезней, Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. Вопрос о подходах к лечению болезни Бюргера продолжает широко обсуждаться и исследоваться.

Цель. Оценка эффективности ротационно-аспирационной тромбэктомии (РАТ) при болезни Бюргера.

Материалы и методы. Изучены результаты лечения мужчины (26 лет) с болезнью Бюргера. В течение 3 лет пациент многократно госпитализировался с критической ишемией обеих ног, хронической артериальной недостаточностью 2Б – 4 стадии по Фонтейну. В анамнезе 6 операций по ангиопластике и стентированию.

Результаты исследования. Впервые РАТ была произведена по поводу окклюзии зоны стентирования артерий левой ноги, после успешного устранения которой остался критический in-stent рестеноз. Для его устранения была выполнена поэтапная баллонная ангиопластика.

Через 3 месяца пациент был оперирован по поводу двухсторонней тотальной окклюзией поверхностной бедренной артерии (ПБА). В связи с безрезультатностью ангиопластики проведено 2 пассажа катетером для РАТ, в результате чего кровоток был восстановлен. Далее для устранения зоны критического стеноза выполнялась ангиопластика и имплантация периферического стента с оптимальным результатом.

Очередная операция выполнена через 3 месяца в связи с тотальной окклюзией ПБА выше зоны стентирования. Проведением 2 пассажей катетером для РАТ удалось добиться контрастирования ПБА до уровня стентирования. Далее выполнялась ангиопластика и снова 1 пассаж РАТ с целью эвакуации тромботического детрита с получением хорошего магистрального кровотока в результате.

Выводы. Положительные ангиографические и клинические результаты применения РАТ позволяют рассматривать методику как перспективный и высокоэффективный способ реваскуляризации при болезни Бюргера, позволяющий добиться оптимальных результатов в условиях ограниченных возможностей баллонной ангиопластики.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО ХОРИОАМНИОНИТА ПРИ НЕДОНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Софонова А.С.

Научный руководитель – д.м.н., профессор Барановская Е.И.

БГМУ, кафедра акушерства и гинекологии

Цель. Выявить факторы риска развития гистологического хориоамнионита при недоношенной беременности.

Задачи. 1. Анализ историй родов и обменных карт женщин при преждевременных родах. 2. Анализ заключений гистологического исследования последов.

Методы и их применение. 55 историй родов и обменных карт женщин, преждевременно родоразрешенных на сроках 25-35 недель за период 2014-2015 гг. на базе УЗ «Городской клинический родильный дом №2» г. Минска. Выделено 2 группы: группа 1 (основная, n=26) – диагностированный гистологический хориоамнионит; группа 2 (сравнения, n=29) – без морфологических признаков воспаления плаценты. Обработка данных проводилась с использованием пакета программ Excel и Statistica 10.0.

Основные результаты. Обострение урогенитальных инфекций в течение беременности у 62% в 1 группе и 55% в 2 группе. Рост колоний микроорганизмов в образцах из шейки матки перед родами в 1 и 2 группах 70% и 50%; воспалительный тип цервикального мазка в 1 группе 40%, в 2 группе 20%. Сроки родоразрешения в 1 и 2 группах 224 (220-233) и 233 (222-242) дня, $p=0,05$. Доля кесаревых сечений в 1 группе 77%, в 2 группе – 48%, $p=0,029$. Локализация воспаления в плаценте – хорион (50%), отпадающая оболочка (73%); выражены компенсаторные реакции (23%). Преждевременное излитие вод в 1 группе 65%, в 2 группе 90%, $p=0,04$. Длительность безводного периода в 1 группе 48 (30-56) ч, в 2 группе 14,2 (7,6-39) ч, $p=0,004$. Пролонгирование беременности в группах 1 и 2 проводилось у 70% и 55%. Антибиотикотерапию до родов в двух группах получали 77% женщин. Показатели ОАК перед родами: лейкоцитоз $>15 \cdot 10^9/\text{л}$ в 1 группе 39%, в 2 группе 14%, $p=0,036$; $\text{CRP} > 5 \text{ мг/л}$ в 1 группе 35%, в 2 группе 14%, $p=0,069$. После родов: лейкоцитоз $>15 \cdot 10^9/\text{л}$ в 1 группе у 31%, в 2 группе – 10%, $p=0,059$; $\text{CRP} > 5 \text{ мг/л}$ в 1 группе 65%, в 2 группе 38%, $p=0,04$. Расширение полости матки $>15 \text{ мм}$ по данным УЗИ в послеродовом периоде в 1 группе 27%, в 2 группе 31%. Таким образом, к факторам риска развития гистологического хориоамнионита относятся: срок гестации 224 (220-233) дня, $p=0,05$; длительный безводный период 48 (30-56) ч, $p=0,004$; уровень лейкоцитов $>15 \cdot 10^9/\text{л}$, $p=0,036$; $\text{CRP} > 5 \text{ мг/л}$, $p=0,069$.

ОПЫТ ЭПИДУРАЛЬНОЙ БЛОКАДЫ РАЗЛИЧНЫМИ МЕСТНЫМИ АНЕСТЕТИКАМИ ПРИ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ НА НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЯХ

Токарь В.С., Викал В.А., студ. 5 курсу

Научный руководитель - ассистент Редько С.И.,

СумГУ, кафедра ортопедии и травматологии

Целью работы явилась сравнительная оценка применения различных местных анестетиков для эпидуральной анестезии при анестезиологическом обеспечении ортопедических операций на нижних конечностях.

Материалы и методы. Проведен анализ 90 анестезиологических пособий у больных, оперированных по поводу переломов бедра и голени в 1 и 2 ортопедических отделениях 1-й Сумской городской больницы. В первой группе больных (33 пациента) регионарное обезболивание достигалось эпидуральным введением $179,8 \pm 2,4 \text{ мг}$ 2% раствора лидокаина и 100 мг фентанила. Во второй группе (27 больных) для эпидурального введения использован 0,5% раствор маркаина в дозе $34,1 \pm 1,2 \text{ мг}$. Больным третьей группы (30 больных) в эпидуральное пространство вводился 0,5% нарופן в количестве $38,4 \pm 0,8 \text{ мг}$. Во время анестезии регистрировались показатели центральной гемодинамики, газовый состав вдыхаемой и выдыхаемой смеси, сатурация гемоглобина кислородом.

Результаты и их обсуждение. У больных первой группы адекватный сенсорный блок развивался через $17,5 \pm 0,4$ минуты после введения основной дозы лидокаина. Наряду с адекватной анестезией в этой группе больных имелся удовлетворительный моторный блок. Во второй группе адекватная анестезия развивалась через 25-30 минут ($27 \pm 0,9$) после эпидурального введения маркаина. Дополнительная интраоперационная анальгезия фентанилом использована у 18 из 27 больных (67%), в количестве $0,15 \pm 0,01 \text{ мг}$. У больных третьей группы период ожидания составлял от 40 до 60 и более минут ($43,3 \pm 2,1$) с момента эпидурального введения наропина. Следует отметить, что уровень развития симпатического и сенсорного блока при эпидуральном введении наропина, был трудно прогнозируемым и мало зависел от уровня пункции и объема вводимого раствора.