

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

Таким образом, проведенный анализ показал, что 2% раствор лидокаина обеспечивает адекватную сенсорную и моторную блокаду, что позволяет выполнять ортопедические операции на нижних конечностях без использования наркотических анальгетиков и седативных средств. Раствор маркаина в 0,5% концентрации обеспечивает адекватное обезболивание и релаксацию менее, чем у половины пациентов. Наропин не обеспечивает достаточной анестезии и мышечной релаксации, что очевидно обусловлено отсутствием блокады А α и С нервных волокон 0,5 % растворами этого анестетика..

Выводы. Фармакологические особенности местных анестетиков должны учитываться при выборе того или иного препарата для эпидуральной блокады при лапароскопических операциях.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОЛИПАМИ ЖЕЛУДКА

Троценко С.Н.

Научный руководитель: д.мед.н., проф. Иоффе И.В.

ГУ "Луганский государственный медицинский университет" МЗ Украины

Кафедра хирургии

Актуальность. Эндоскопическая полипэктомия выполнялась как с лечебной, так и с диагностической целью. Эндоскопическая полипэктомия была произведена у 1450 больных. У 113 (7,79%) больных производилась полипэктомия резидуальных полипов. Показанием к полипэктомии являлись одиночные, единичные и множественные полипы желудка, предраковые изменения, такие как кишечная метаплазия, дисплазия II-III степени или неоплазия высокой степени. При выборе метода лечения полипов, прежде всего, определяли его гистологическую структуру. Для этого использовали прицельную биопсию.

Методы. Хирургическое лечение полипов желудка определялось с учетом степени поражения желудка полипами. У 142 больных с наличием множественных мелких однотипных аденоматозных (13 больных (9,1%)) и гиперпластических (129 больных (90,9%)) полипов с дисплазией II-III степени удаление всех полипов было признано нецелесообразным. Так как увеличивается риск осложнений за счет травматизации слизистой, а эндоскопическая полипэктомия не гарантирует от возникновения полипов на новых участках. Небольшие полипы до 1 см в диаметре у 887 (61,2%) больных удалялись в амбулаторных условиях. А у 450 (31%) больных с полипами свыше одного сантиметра и у 113 (7,8%) больных с резидуальными полипами - удалялись стационарно.

Электрокоагуляцию полипа проводили короткими импульсами по 2-3 секунды. У 147 (10,1%) больных при удалении крупных полипов, для предотвращения соприкосновения полипа со стенкой желудка при диатермокоагуляции смещали захваченный полип вперед-назад в просвете желудка. Из них у 83 больных у основания оставался фрагмент полипа, а у 49 - избыток культи, что потребовало повторного набрасывания диатермической петли и ее отсечения или разрушения диатермическими щипцами. В большинстве случаев (у 972 (67%) больных) отсеченный полип извлекался «корзинкой» или диатермической петлей. А у 261 больного (18%), применялся метод аспирации полипа (присасывание полипа к торцу эндоскопа). Извлеченный полип отправляли на патоморфологическое исследование. Большие полипы, которые не помещались в диатермическую петлю, удалялись фрагментарно в несколько этапов.

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ЯЗВЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ

Туромша В.И.

1-я кафедра хирургических болезней

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Несмотря на значительный прогресс фармакологической индустрии в консервативном лечении пептической гастродуоденальной язвы, проблема язвенных кровотечений не теряет актуальности. Последнее десятилетие характеризуется снижением