

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

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

наблюдается у 14–89% пациентов, при этом у 24% больных рефлюкс клинически не проявляется. Установлено, что у больных БА, сочетающейся с ГЭРБ, процент тяжелых астматических приступов, возникающих после приема пищи, значительно выше, чем у пациентов с БА без ГЭРБ.

Цель и задачи исследования: изучить связь БА со степенью выраженности воспалительных изменений в пищеводе при ГЭРБ.

Методы и их применение. Обследовано 108 больных с ГЭРБ. Из них у 12 (11%) больных были клинические проявления БА. Внепищеводные симптомы ГЭРБ верифицировались путем теста с ингибиторами протонной помпы (стандартная доза дважды в день в течение недели) и комплексного обследования больного по программе БА с последующей консультацией пульмонолога. Оценка выраженности пищеводных и внепищеводных симптомов ГЭРБ проводилась по 5-ти балльной шкале Likert. Степень рефлюкс-эзофагита (РЭ) определялась эндоскопически по классификации Savary-Miller, в модификации GJNTytgat и соавт.(1990). Полученные результаты статистически обрабатывались.

Результаты. Был проведен анализ связи клинических проявлений ГЭРБ, в том числе и БА со степенью РЭ с помощью статистики Гамма. Из анализа следует, что существует прямая положительная связь между БА и степенью РЭ, при уровне значимости $p < 0,05$. Статистика Гамма, на основании шкалы Чеддока показала наличие заметной положительной связи между исследуемыми признаками ($\eta = 0,676674$). По построенной диаграмме рассеяния было видно, что БА отмечалась только у пациентов с эрозивной ГЭРБ и пищеводом Барретта, причем связь признаков (степень выраженности БА и РЭ) тем выше, чем выше степень РЭ.

Выводы. Положительная связь между БА и РЭ по статистике Гамма свидетельствует о значимости воспалительного процесса слизистой оболочки пищевода в патогенезе приступов удушья. Данные о выраженности бронхоконстрикторного эффекта у пациентов с РЭ указывают на возможность вовлечения в патологический механизм вагусных рецепторов при наличии воспалительного процесса слизистой оболочки пищевода.

ИННОВАЦИОННАЯ НЕИВАЗИВНАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ЛЕЧЕНИЯ ОНКОПАТОЛОГИИ С ПОМОЩЬЮ КИБЕР НОЖА

Билицкая В.В.

Днепропетровская государственная медицинская академия

Актуальность: По данным ВОЗ, каждый год вновь онкопатологией заболевают 10 млн человек. Как утверждает ВОЗ, смертность от рака до 2030 года возрастет на 45%, по сравнению с уровнем 2007 года.

Цель: Показать преимущества и недостатки кибер-ножа в лечении онкологических заболеваний.

Кибер-нож — инновационная неинвазивная технология лечения рака без непосредственного контакта с опухолью, альтернатива методу оперативного вмешательства. Кибер-нож относится к методам стереотаксической радиохирургии. Его огромным преимуществом является успешное применение у пациентов, для которых открытая хирургическая операция по разным причинам является опасной или невозможной, при наличии противопоказаний к анестезии, сложной форме опухоли мозга, ее расположении в труднодоступных для традиционной хирургии местах, при опухолевых рецидивах. При помощи кибер-ножа можно эффективно проводить радиохирургическую терапию доброкачественных и злокачественных опухолей любой локализации на теле, а также их метастазов. Применение кибер-ножа не предполагает разрезов, шрамов, кровотечений и сопутствующих осложнений. Метод не требует анестезии, перевязок и восстановления в послеоперационном периоде. Благодаря введению непрерывного рентгеновского контроля над положением опухоли, устройство может отслеживать изменения в положении тела пациента и компенсировать его движения в разумных пределах (если смещение превосходит определенную величину – облучение автоматически прекращается). Недостатки: небольшая