

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 ГАСТРОДУОДЕНИЛЬНЫХ 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

числа плановых операций по поводу язвенной болезни более чем в 2 раза и, в то же время, ростом числа экстренных операций по поводу развившихся осложнений.

Цель: определить роль радикальных органосохраняющих вмешательств в лечении гастродуоденальных язв, осложненных кровотечением.

Задачи:

1 Проанализировать виды хирургических вмешательств при гастродуоденальных язвах.

2 Оценить влияние примененных методик на ближайшие результаты лечения.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 175 историй болезни пациентов, оперированных по поводу геморрагических осложнений гастродуоденальной язвы, пролеченных на базе Центра гастродуоденальных кровотечений УЗ «10 ГКБ г. Минска» в 2012-2014 годах.

Результаты и обсуждение. Мужчины составили 65,7%, женщины 34,3%. Средний возраст пациентов $48,3 \pm 24,75$ года. Основным методом диагностики являлась экстренная эзофагогастродуоденоскопия. По поводу кровоточащей язвы 12-перстной кишки оперировано 116 (66,3%) пациентов, количество органосохраняющих вмешательств в виде радикальной дуоденопластики составило 84 (72,4%), у 25 вмешательство было дополнено СПВ. Методом выбора при кровоточащей язве желудка оставалась резекция (40 из 58, 69%), однако предпочтение отдавалось более функциональному варианту Бильрот-1 (29, 50%), у 5 пациентов выполнены пилоросохраняющие резекции, 5 пациентов оперировано лапароскопически. Было выполнено 5 релапаротомий (0,3%): по поводу несостоятельности анастомоза – 2, эвентрации – 1, внутрибрюшного кровотечения – 1, некроза головки поджелудочной железы – 1. Рецидивов гастродуоденального кровотечения и летальных исходов не было.

Выводы: Применение органосохраняющих радикальных методик хирургического лечения позволило избежать летальных исходов среди пациентов с гастродуоденальными язвенными кровотечениями.

СТРУКТУРА ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО ПОВОДУ КОСОГЛАЗИЯ У ДЕТЕЙ

Е.В. Федорович, В.Ю. Мелешко, Е.О. Голубева

Научный руководитель: ассистент Поболь-Солонко О.Л.

Белорусский государственный медицинский университет г. Минск, Республика Беларусь

4 Городская детская клиническая больница г. Минска

Актуальность. Проблема косоглазия является одной из наиболее важных и распространенных патологий со стороны органа зрения. Частота ее встречаемости среди детей 2,5-5%. Лечение косоглазия необходимо так, как помимо косметического дефекта зачастую косоглазие сопровождается расстройствам бинокулярного зрения.

Цель. Изучить структуру оперативных вмешательств по поводу косоглазия на базе 4 ГДКБ в 2014-2016 гг.

Материалы и методы Были ретроспективно проанализированы журналы оперативных вмешательств и протоколы операций офтальмологического отделения 4 ГДКБ г. Минска.

Результаты За 2014-2016 гг. в офтальмологическом отделении 4 ДГКБ было произведено 2570 оперативных вмешательств, в том числе по поводу косоглазия 537 (20,9%). Структура операций по поводу косоглазия: содружественное горизонтальное сходящееся косоглазие 397 (73,9%), содружественное горизонтальное косоглазие с вертикальным компонентом 75 (14,0%), содружественное горизонтальное расходящееся косоглазие 53 (9,9%), вертикальное косоглазие 12 (2,2%). Среди вертикального косоглазия: рецессия нижней косой мышцы 7 (58,3%), рецессия верхней прямой мышцы 3 (25%), рецессия нижней прямой мышцы и резекция верхней прямой мышцы 2 (16,7%). Среди случаев горизонтального косоглазия с вертикальным компонентом: операции на левом глазу составили 36 (48%), на правом глазу – 39 (52%); наиболее частой операцией является