

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ ТА НАУКИ УКРАЇНИ
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
МЕДИЧНИЙ ІНСТИТУТ



АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ
ТЕОРЕТИЧНОЇ ТА КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ
Topical Issues of Theoretical and Clinical Medicine

ЗБІРНИК ТЕЗ ДОПОВІДЕЙ
V Міжнародної науково-практичної конференції студентів та молодих вчених
(м. Суми, 20-21 квітня 2017 року)

Суми
Сумський державний університет
2017

толстой кишки у 7 (38,8%) пациентов, перфорация дивертикула – у 6 (33,3%) пациентов, кишечные свищи – у 2 (11,1%) пациентов, кишечное кровотечение как причина госпитализации у 3 (16,6%) больных. Было выполнено 10 экстренных (55%) и 8 плановых (45%) операций по поводу осложненной дивертикулярной болезни толстой кишки с помощью видеондоскопической аппаратуры.

Выводы: 1) Оперативное лечение больных с осложненной дивертикулярной болезнью толстой кишки рекомендуется проводить лапароскопическим методом, об этом свидетельствует меньшая продолжительность операции $68,2 \pm 4,3$ мин по сравнению с открытыми хирургическими операциями $106,3 \pm 8,2$ мин. 2) Повторные операции по поводу данной патологии также рекомендуется выполнять преимущественно лапароскопически. Об этом свидетельствует меньшее число осложнений (4,3% по сравнению с операциями открытого типа – 10,2%).

ОБРАБОТКА ЛОЖА ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ ГЕПАТИТАМИ И ЦИРРОЗОМ

Колотвин А.А., Фам Нзюк Фионг Ян

Научный руководитель: к.мед.н, доц. Герасименко О.С.

Одесский национальный медицинский университет, кафедра общей и военной хирургии

Актуальность. По частоте встречаемости хирургических заболеваний 1-е место занимает острый аппендицит, а 2-е место - желчекаменная болезнь. В то же время отмечается увеличение числа больных с хроническими диффузными заболеваниями печени, преимущественно циррозы, ассоциированные с гепатитами В и С, которые сопровождаются высоким операционным риском и техническими трудностями, наиболее часто обусловленными паренхиматозным кровотечением из ложа желчного пузыря.

Цель. Сравнение способов обработки ложа желчного пузыря для улучшения результатов лечения больных калькулезным холециститом на фоне гепатита и цирроза печени.

Материалы и методы. В хирургических отделениях ВМКЦ ЮР был проведен анализ результатов лечения 149 больных с калькулезным холециститом на фоне гепатитов и цирроза печени. Для остановки кровотечения из ложа желчного пузыря у 38 больных (25,5%) применили аргоно-плазменную коагуляцию, у 22 (14,9%) – ультразвуковую коагуляцию, у 73 (48,9%) – электрокоагуляцию, у 16 (10,6%) использовали гемостатические губки «Тахокомб» и «Surgicel».

Результаты. Использование гемостатических средств позволило избежать релапароскопий и релапаротомий по поводу кровотечения из ложа желчного пузыря в послеоперационном периоде. У 3 пациентов (2,0%) из-за неэффективности вышеуказанных методов установили тампон из гемостатической марли, пропитанной хитазином. Одному пациенту (0,7%) была выполнена релапаротомия и прошивание ложа желчного пузыря. **Выводы.** Использование аргоно-плазменной и ультразвуковой коагуляции, гемостатических губок «Тахокомб» и «Surgicel», гемостатической марли на основе хитозина позволило снизить количество осложнений с 5,9% до 3,7%, послеоперационную летальность с 4,4% до 2,4%, длительность стационарного лечения с $12,2 \pm 1,4$ до $9,5 \pm 1,6$ дней.

СОВРЕМЕННЫЕ КОМПОНЕНТЫ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОМ ТРАКТЕ

Крутько Е. Н.¹, Середенко В. Г.¹, Сазонова Т. М.², Жадан Ю. Г.²

ГУ «ИМП имени С.П. Григорьева НАМН Украины»,

отделение анестезиологии с койками для интенсивной терапии¹

Харьковский национальный университет имени В.Н. Каразина, медицинский факультет²

Введение. Учитывая многообразие защитных реакций организма на операционную травму, проблемы управляемости тотальной внутривенной анестезией (ТВА), требуют

многофакторный подход, который включает современный комплекс компонентов анестезиологической защиты: премедикацию, анальгетики центрального и периферического действия, общие анестетики и др.

Цель. Проверить в амбулаторной практике новые положения о целесообразности применения при эндоскопических вмешательствах на пищеварительном тракте патогенетических средств, снижающих возбудимость ноцицептивных структур.

Материалы и методы. Исследование основано на анализе 311 анестезиологических пособий, в которых описаны эндоскопические вмешательства на пищеварительном тракте. Суммируя опыт, можно выделить следующие методы ТВА: опиоидные, неопиоидные и комбинированные, с применением пропофола, диазепама, фентанила, налбуфина, стадола.

Результаты. Применение буторфанол-тартрата характеризуется отсутствием угнетения дыхательного центра и оптимизацией течения посленаркозного периода. Мы использовали его перед и в конце манипуляции в дозе 1 мг. Анальгетик периферического действия применяли в премедикации с целью снижения доз опиоидов и побочных эффектов. Фактором снижения послеоперационной боли является применение в схеме ТВА микродоз кетамина.

Заключение. Современным компонентам ТВА принадлежит ведущее место в амбулаторной практике при эндоскопических вмешательствах на пищеварительном тракте. Сочетанное использование кеторола с опиоидами и препаратами группы агонист-антагонистов опиоидных рецепторов уменьшает наркотическую нагрузку и оптимизирует течение посленаркозного периода.

ВЫБОР МЕТОДА СЕДАЦИИ В УСЛОВИЯХ СПИНАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ

Лютенко И.М., Мирошниченко М.В.

Научный руководитель: ассистент Редько С.И.

Сумский государственный университет, кафедра ортопедии и травматологии

Адекватная седация при спинальной анестезии уменьшает выраженность стрессорных реакций и дискомфорта, обеспечивает защиту пациента во время операции и улучшает прогноз.

Цель исследования. Изучить преимущества и недостатки различных методов седации при оперативных пособиях, выполняемых с использованием спинномозговой анестезии.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 60 пациентов (42 мужчины, 28 женщин), которым выполнялись операции на нижних конечностях в ортопедических отделениях №1 и 2 1 Сумской клинической больницы. Пациенты были разделены на три группы. Группа 1 – седация диазепамом 0.15 мкг/кг/ч; группа 2 – седация пропофолом 3-4 мг/кг/ч; группа 3 – седация тиопенталом натрия 1-2,5 мг/ кг/час (n=20 пациентов в каждой группе). Уровень седации оценивался при помощи шкалы RAMSEY на 15 минуте от начала введения седативных препаратов и в конце операции. Скорость постнаркозного восстановления на 15-й и 30-й минуте после окончания оперативного лечения оценивались по тесту Bidway.

Результаты и их обсуждение. Через 15 мин после начала проведения седативной терапии уровень седации по шкале RAMSEY в группе 1 распределился следующим образом: 3 балла – 12 пациентов (60%), 4 балла – 6 (30%), 2 балла – 2 (10%). В группе 2: 3 балла – 16 (80%), 4 балла – 4 (20%). В группе 3 уровень седации был достоверно ($p < 0,05$) 3 балла-5 пациентов(25%), 4 балла-9(45%), 5 баллов -6(30%).

Исчезновение послеоперационной сонливости и восстановление ориентированности по шкале Bidway в группе 1 через 15 минут после окончания операции в среднем составило $0,19 \pm 0,1$ балла в группе 2- $0,5 \pm 0,16$, в группе 3- $0,78 \pm 0,16$.

Выводы: Наиболее оптимальными препаратами для седации в условиях спинномозгового блока являются пропофол и диазепам. Тиопентал натрия существенно