

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

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.

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