

ПОИСК ЭФФЕКТИВНОГО МЕТОДА АНАЛГЕЗИИ ИНВАЗИВНЫХ МАНИПУЛЯЦИЙ В ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ НОВОРОЖДЕННЫХ

Стрижак Л.С., Драч А.С., Аникин И.А.

Научный руководитель: доц. Аникин И.А.

Запорожский государственный медицинский университет

Кафедра детской хирургии и анестезиологии

Цель исследования: разработка и внедрение локального алгоритма обезболивания при болезненных процедурах у младенцев. Материалы и методы: в проспективное исследование включены 117 новорождённых. Изучалась эффективность обезболивания люмбалных пункций и постановки периферически имплантируемой центральной венозной линии. Выделено 5 групп, репрезентативных по весу и сроку гестации. Контрольная группа (n=27) получала 20% раствор глюкозы, т.к. данный метод рекомендован большинством руководств. У группы 2 (n=15), изучали эффективность парацетамола. Младенцы группы 3 (n=26), получали 0,05% раствор фентанила в субнаркотической дозе. Новорожденным группы 4 (n=37), проводилась аппликация крема с лидокаином на интактную кожу. Дети группы 5 (n=12) получали комбинированное обезболивание 20% раствором глюкозы и кремом с лидокаином. Боль оценивалась по шкале "COMFORT" – адекватная аналгезия соответствует суммарной оценке от 17 до 26 баллов. Изучалась системная гемодинамика, среднее время плача. Результаты оценивали за 5 минут до исследования, во время и через 5 минут после окончания. Сравнительный анализ проведен с помощью t-критерия Стьюдента. Результаты: анализ качества аналгезии и комфорта у младенцев выявил достоверные различия между группами. В группе 1 и в группе 2 получены следующие результаты: $25,78 \pm 1,22$ балла и $24,93 \pm 1,30$ балла соответственно, что находится на верхней границе нормы и указывает на недостаточный уровень аналгезии. В группе 3 показатель составил $16,00 \pm 0,42$ балла, что ниже границы и достоверно ниже ($p < 0,01$) относительно показателей групп 1 и 2. В группах 4 и 5 аналгезия была эффективна, результат при этом составил $22,51 \pm 0,23$ и $21,08 \pm 2,86$ баллов соответственно, что достоверно ниже относительно показателей группы 1 ($p < 0,01$). При изучении системной гемодинамики выявлено достоверное ($p < 0,05$) увеличение ЧСС при использовании глюкозы (до манипуляции $153,00 \pm 2,94$ в 1 мин., и $163,44 \pm 3,73$ в 1 мин. после) и повышение среднего АД ($67,53 \pm 3,03$ мм.рт.ст.), против других групп. У младенцев группы 2 отмечалось достоверное ($p < 0,05$) увеличения среднего времени плача ($125,00 \pm 38,6$ сек.), против контрольной группы ($17,67 \pm 7,69$ сек.). Выводы: комбинированное применение 20% раствора глюкозы и местноанестезирующего крема с лидокаином обеспечивает достаточный уровень обезболивания и комфорта при инвазивных манипуляциях у новорождённых, являясь оптимальным методом предупреждения нежелательных эффектов боли.

РАЗРАБОТКА ПОКАЗАНИЙ И УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ У БОЛЬНЫХ С ХОЛЕЦИСТОЛИТИАЗОМ

Сыволап Д.В.

Запорожский государственный медицинский университет

Кафедра факультетской хирургии

Актуальность. Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) – распространенное заболевание, которым страдает 10-15% жителей Западной Европы. ЖКБ встречается у каждой пятой женщины и каждого десятого мужчины. Заболевание носит возраст-зависимый характер: наблюдается у четверти населения старше 60 лет и у трети - после 70 лет. До недавнего времени основным методом лечения ЖКБ была холецистэктомия (ХЭ). Ежегодно в мире выполняется 2,5 млн. холецистэктомий. В наше время эта операция уступает по частоте лишь аппендэктомии. Лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) является золотым стандартом в лечении ЖКБ. Переход к холецистэктомии из единого лапароскопического доступа (Single Incision Laparoscopic Surgery – SILS) позволил получить ряд преимуществ: снижение послеоперационной боли, раннее возвращение к повседневной деятельности, лучший косметический эффект. Однако минимизация вмешательства не решает целый ряд проблем хирургической гастроэнтерологии, связанных с удалением желчного пузыря и определяющиеся как специфические послеоперационные расстройства условным названием «постхолецистэктомический синдром» (ПХЭС). Причинами жалоб больных после

холецистэктомии в 42% случаев являются органические изменения, а в 58% - функциональные нарушения. Морфологическим субстратом ПХЭС в 5-20% случаев определяется рецидивный холедохолитиаз, в 5-10% - резидуальный холедохолитиаз, стеноз большого дуоденального сосочка или его недостаточность. Папиллостеноз стоит на втором месте среди всех причин ПХЭС, составляя от 2,3 % до 37,5%. Вторичный стеноз большого дуоденального сосочка является причиной развития ПХЭС в 29,4% случаев, при этом в 13,7% - сочетается с холедохолитиазом. В свою очередь папиллостеноз приводит к хологенной панкреатической недостаточности вследствие асинхронизма поступления химуса и желчи в 12-ти перстную кишку. Поэтому выполнение органосохраняющей операции на желчном пузыре – лапароскопической холецистолитотомии (ЛХЛТ) – позволит сохранить функционирующий желчный пузырь и профилактировать появление подобных расстройств. Цель. Улучшить функциональные результаты хирургического лечения больных ЖКБ с применением по показаниям как радикальных (ЛХЭ и SILS-ХЭ), так и органосохраняющих вмешательств (ЛХЛТ), путем изучения возможности восстановления функции сохраненного желчного пузыря и профилактики рецидива холецистолитиаза. Материал и методы. В исследование включено 120 больных ЖКБ (холецистолитиазом). Методом случайной выборки сформированы три группы. В первую группу вошли 45 пациентов, которым выполнена стандартная ЛХЭ, средний возраст $51,48 \pm 14,86$ года, (65 % женщин); во вторую группу – 45, которым выполнена SILS-холецистэктомия, средний возраст $48,30 \pm 12,77$ года, (67% женщин), в третью группу - 30 пациентов, которым выполнена органосохраняющая операция на желчном пузыре холецистолитотомия (ЛХЛТ), средний возраст $39,40 \pm 13,67$ года, (66 % женщин). В третью группу включались больные с одиночными (от 1 до 3) конкрементами желчного пузыря. Группы больных были сопоставимы по возрасту, полу, росту, весу, индексу массы тела. Анализ полученных результатов выполнен методами вариационной статистики с использованием пакета прикладных программ «Statistica 6.0». Данные представлены в виде $M \pm m$, $n(\%)$. Достоверными считали различия при значениях $p < 0,05$. Результаты. Группы были сопоставимы по времени выполнения хирургических вмешательств. Среднее время выполнения ЛХЭ составило $38,9 \pm 4,0$ мин, SILS-холецистэктомии - $40,6 \pm 4,8$ мин, холецистолитотомии - $43,5 \pm 4,7$ мин ($p > 0,05$ для тренда). При выполнении всех оперативных вмешательств интраоперационных осложнений не было. Ни в одном случае не потребовалась конверсия (переход с лапароскопического на лапаротомный из минимального доступа). В группе SILS-холецистэктомии в 3 случаях понадобилась дополнительная установка одного 5 мм троакара в связи особенностями анатомического расположения желчного пузыря, после чего была выполнена SILS+-холецистэктомия. Группы также были сопоставимы по длительности пребывания больных в стационаре. Средняя длительность пребывания в стационаре после ЛХЭ составила $4,2 \pm 1,1$ дня, после SILS-холецистэктомии - $3,5 \pm 0,7$ дня, после холецистолитотомии - $3,1 \pm 0,8$ дня ($p > 0,05$ для тренда). Вывод. Органосохраняющая операция на желчном пузыре холецистолитотомия (ЛХЛТ) показана больным ЖКБ с одиночными конкрементами желчного пузыря, интраоперационных осложнений не было. Продолжительность холецистолитотомии сопоставима с продолжительностью ЛХЭ и SILS-ХЭ. Сроки пребывания больных в стационаре после ЛХЛТ не превышают сроки стационарного лечения после ЛХЭ и SILS-ХЭ. Данная операция может быть методом выбора хирургического лечения ЖКБ.

ЗНАЧЕННЯ ПРЕНАТАЛЬНИХ ФАКТОРІВ У ДІТЕЙ З ДВОСТУЛКОВИМ АОРТАЛЬНИМ КЛАПАНОМ СЕРЦЯ

Тиха Ю.І.

Науковий керівник: к. мед. н., доц. Каменщик А.В.
Запорізький державний медичний університет
Кафедра госпітальної педіатрії

Мета дослідження: визначення ролі пренатальних факторів при внутрішньоутробному формуванні двостулкового аортального клапану серця (ДАК) у дітей. Матеріали та методи дослідження. У 30 дітей з ДАК був проведений аналіз частоти таких пренатальних факторів в анамнезі як професійні шкідливості та хронічна захворюваність у батьків, перебіг вагітності, маса та довжина тіла при народженні. Контрольну групу склали 28 умовно здорових дітей. Статистична обробка проводилася за допомогою програми Statistica 10.0 з використанням критерію Стюдента. Результати дослідження. У результаті проведеного дослідження було