

Сравнение эффективности обезболивания оценено по объективной потребности в болеутоляющих препаратах после операции. Потребность в обезболивании за первые сутки возникла у 81% пациента. При применении новокаина в обезболивании после операции в среднем через 30', п=л через 2,2± 0,3 часа, п=б и п=р в среднем через 4,7±0,5 часа и п=к через 5,4± 0,4 часа. Кратность введения анальгетиков в 100% п=н составила каждые 6-8 часов, двукратно в 50% п=л, в 74% и 72% применения п=б и п=р, соответственно, а при комбинированной анестезии за первые 12 часов к обезболиванию прибегло 65% пациентов и 35% за 24 часа.

Качество анестезии по ЦРШ показало наименьшую боль в покое (3 балла) и при движении (4 балла) у пациентов, оперированных с применением смеси анестетиков и наибольшую при использовании новокаина. Интенсивность боли до 8 баллов в первые сутки зафиксирована пациентами, оперированными с новокаином, в других группах оценена в 5-6 баллов. Снижение боли до 3-4 баллов к 3 суткам одинаково во всех группах.

Отметим, что при равных условиях так же имеет значение и боль от операционной травмы. Депо амидного анестетика при подкожном введении при герниотомии^А длительно блокирует боль [2,7, <http://www.cochrane.org/> ^А].

Сравнительная оценка боли у пациентов с паховыми грыжами, оперированных с использованием местной анестезии показала наилучший анальгетический эффект при совместном применении ропивакаина и лидокаина. Комбинированная местная анестезия позволяет использовать наименьшие эффективные дозы и количество препаратов во время операции, что отдалает и сокращает прием болеутоляющих препаратов в послеоперационном периоде.

Таким образом, результаты исследования способствуют улучшению хирургического лечения, оптимизации подходов к выбору рационального способа обезболивания при паховой герниопластике сетчатым эндопротезом и могут быть полезными для хирургов стационаров любого профиля.

Литература

1. Майкл Малрой. Местная анестезия /Майкл Малрой.-М.: БИНОМ, 2005г.-301 с.
2. Овечкин А.М. Наропин (ропивакаин) в лечении боли: идеальный выбор? /А.М. Овечкин, А.М. Гнездилов //Вестник интенсивной терапии.- 2000.-№3.-С.54-59.
3. Ростамовшвили Е. Т. Особенности анестезиологического обеспечения при лечении больных с паховыми грыжами в условиях дневного хирургического стационара /Е.Т. Ростамовшвили, К.В. Новиков// Амбулаторная хирургия. Стационарозамещающие технологии.-2011.- №2(42).- С.34-38.
4. Славин Л.Е. Осложнения хирургии грыж живота /Л.Е. Славин, И.В. Федоров, Е.И. Сигал. - Профиль. Москва.2005.-167с.
5. Шалашов С. В. Болевой синдром после паховой герниопластики /С.В. Шалашов, Л.К. Куликов, О.А. Буслаев, А.Л. Михайлов [и др.] // Герниология. -2009.- №2 (22).- С. 31-34.
6. Halasa S, Haddaden W Hernia repair under local anesthesia //Acta Anaesthesiologica Scandinavica 2009.-P.246-251.
7. Erichsen CJ , Vibits H , Dahl JB and Kehlet H Wound infiltration with ropivacaine and bupivacaine for pain after inguinal herniotomy //Acta anaesthesiologica Scandinavica, 1995, 39(1), 67 Publication Year: 1995.
8. Dhankhar DS, Sharma N, Mishra T, Kaur N, and all Totally extraperitoneal repair under general anesthesia versus Lichtenstein repair under local anesthesia for unilateral inguinal hernia: a prospective randomized controlled trial // Surg Endosc. 2014 Mar; 28(3): 996-1002.

References

1. Majkl Malroj. Mestnaja anesteziya /Majkl Malroj.-М.: BINOM, 2005g.-301 s.
2. Ovechkin A.M. Naropin (ropivakain) v lechenii boli: ideal'nyj vybor? /A.M. Ovechkin, A.M. Gnezdilov //Vestnik intensivnoj terapii.- 2000.-№3.-S.54-59.
3. Rostamoshvili E. T. Osobennosti anesteziologicheskogo obespecheniya pri lechenii bol'nyh s pahovymi gryzhami v uslovijah dnevnogo hirurgicheskogo stacionara /E.T. Rostamoshvili, K.V. Novikov// Ambulatornaja hirurgija. Stacionarozameshchajushhie tehnologii.- 2011.- №2(42).- S.34-38.
4. Slavin L.E. Oslozheniya hirurgii gryzh zhivota /L.E. Slavin, I.V. Fedorov, E.I. Sigal. - Profil'. Moskva.2005.-167s.
5. Shalashov S. V. Bolevoj sindrom posle pahovoj gernioplastiki /S.V. Shalashov, L.K. Kulikov, O.A. Buslaev, A.L. Mihajlov [i dr.] // Gerniologija. -2009.- №2 (22).- S. 31-34.
6. Halasa S, Haddaden W Hernia repair under local anesthesia //Acta Anaesthesiologica Scandinavica 2009.-P.246-251.
7. Erichsen CJ , Vibits H , Dahl JB and Kehlet H Wound infiltration with ropivacaine and bupivacaine for pain after inguinal herniotomy //Acta anaesthesiologica Scandinavica, 1995, 39(1), 67 Publication Year: 1995.
8. Dhankhar DS, Sharma N, Mishra T, Kaur N, and all Totally extraperitoneal repair under general anesthesia versus Lichtenstein repair under local anesthesia for unilateral inguinal hernia: a prospective randomized controlled trial // Surg Endosc. 2014 Mar; 28(3): 996-1002.

Биджиева Ф.А.,Байчорова А.Х.

¹Старший преподаватель, ассистент кафедры оперативной хирургии, Ставропольский Государственный Медицинский Университет; ²студентка, Ставропольский Государственный Медицинский Университет

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ГИГРОМЫ

Аннотация

В статье рассмотрено - актуальность хирургического лечения кистозных лимфангиом (гигрома), своевременная диагностика заболевания, внедрение современных малоинвазивных методов лечения: лазерное иссечение, радиологическое лечение, склеротерапия, профилактика осложнений.

Ключевые слова: лимфангиома кистозная, малоинвазивные методики лечения, склеротерапия.

Bidzhieva F.A.¹, Bajchorova A.H.²

¹ PhD in Medicine, Stavropol State Medicine University, ²Student in Medicine, Stavropol State Medicine University

MODERN METHODS OF TREATMENT OF LYMPHANGIOMAS

Abstract

The article considers relevance of surgical treatment of lymphangiomas, diagnosis, introduction of modern minimally invasive methods of treatment :radiological treatment, laser excision, sclerotherapy ,prevention of complications.

Keywords: lymphangiomas, minimally invasive methods, sclerotherapy.

Материалы и методы лечения.

Кистозная гигрома встречается чаще по сравнению с другими типами лимфангиом. Они представлены однокамерным или многокамерным жидкостным образованием, имеющим минимальную связь с основной лимфатической системой. В переводе с греческого «гигрома» означает «опухоль, содержащая жидкость».

Гигрома – кистозное образование, внутренний слой которого выстлан фибробластами – являются следствием травмы, в результате которой возникает локальная гипоксия травмированного сухожилия или синовиальной сумки с нарушением межклеточных связей в этой области. Это приводит к запуску каскадного механизма – свободнорадикального окисления, действующего деструктивно на соединительную ткань. При этом нужно учесть, что в соединительной ткани, к которой относительно сухожилие и синовиальная капсула, ферментов-антиоксидантов, препятствующих этому процессу недостаточно.

Гипоксия специфически стимулирует функцию фибробластов, проявляющих при пониженном содержании кислорода большую митотическую активность. В результате фибробласты продуцируют большое количество гликозаминогликанов, которые являются основным компонентом жидкости, заполняющей полость гиомы.

Около 75% лимфангиом формируются в шейном отделе, причем большая доля в задней части, 3-10% имеют распространение в средостение, и менее 1% - расположено только в средостении.

Проблемы в установлении точного диагноза влекут за собой трудности в выборе правильной тактики лечения пациентов. Наиболее часто предпочтение отдается хирургическим методам лечения – как с точки зрения радикальности, так и с точки зрения окончательной верификации образования. Оперативное лечение дает отличные результаты в случаях шейной локализации лимфангиомы, а при ее распространении на лицо и в средостение хирургическая методика представляет не столь эффективной.. Нерадикально выполненная операция несет в себе риск развития рецидивов. Существуют и другие подходы к лечению лимфангиом – простое дренирование, лазерное иссечение, высокочастотная абляция и каутеризация, радиологическое лечение. В последнее время все больше внимания уделяется склеротерапии, которая в некоторых ситуациях ставится ключевым методом в лечении лимфангиом. В качестве склерозирующего агента можно использовать блеомин, ОК-432. В исследовании I. Sanlialp и соавт. Отличные результаты (полное исчезновение образования) были получены у 53,4% пациентов, еще у 26,7% было отмечено уменьшение размеров лимфангиомы более чем на ½ объема и лишь у 6,6% результаты были расценены как неудовлетворительные, т.е. образование уменьшилось незначительно или не уменьшилось вообще. У оставшихся 13,3% пациентов, имевших распространённую форму лимфангиом, исчезли макрокисты. Худшие результаты лечения были получены у тех, которым предварительно проводилась хирургическое лечение.

Вывод

Применение малоинвазивных методик позволило добиться значительного уменьшения объема лимфангиомы и избежать хирургического лечения более чем в половине случаев. При этом исключены такие тяжелые осложнения, как лимфорея, нагноение, а также рецидив.

При расположении лимфангиом в средостении возможно интраоперационное применение СВЧ гипертермии и склеротерапии. Применение метода активной аспирации при кистозных лимфангиомах показало очень хорошие результаты и представляется нам перспективным. При кистозных лимфангиомах внутренних органов применяется чрескожная пункция, активная аспирация, склеротерапия. Таким образом, можно констатировать, что появилась достойная альтернатива хирургическому методу лечения непростых сосудистых опухолей – лимфангиом.

Литература

1. Бабич И.И., Леонтьева Ю.П. Вопросы патогенеза и лечения гигром у детей.// Детская хирургия.-2002.-№4.
2. Гаиров А.Д., Сафарова А.Н., Баратов А.К., Камолов А.Н. Комбинированное лечение лимфангиодисплазий. // Хирургия.- 2012.-№3.
3. Галкина О.Л., Савельева Н.А., Громцева О.В. О кистозной гигроме и синдроме Тернера и о том, как просто поставить точку в процессе формирования клинической гипотезы на основании эхографических данных. // Пренатальная диагностика.- 2012.№2.
4. Копытова Е.И. Кистозная гигрома шеи и расширение яремных лимфатических мешков в сочетании с увеличением толщины воротникового пространства у плода: сходства и различия.// Пренатальная диагностика.-2007.-№3.
5. Степанова А.В. Случай лимфангиомы шеи плода с распространением в средостение. // Пренатальная диагностика.- 2013.- №3.

References

1. Babich I.I., Leont'eva Ju.P.. Voprosy patogeneza i lechenija gigrom u detej.// Detskaja hirurgija.-2002.-№4.
2. Gaibov A.D., Safarova A.N., Baratov A.K., Kamolov A.N. Kombinirovannoe lechenie limfangiodisplazij. // Hirurgija.- 2012.-№3.
3. Galkina O.L., Savel'eva N.A., Gromceva O.V. O kistoznoj gigrome i sindrome Ternera i o tom, kak prosto postavit' točku v processe formirovaniya klinicheskoy gipotezy na osnovanii ehograficheskikh dannyh. // Prenatal'naja diagnostika.- 2012.№2.
4. Kopytova E.I. Kistoznaja gigroma shei i rasshirenie jaremnykh limfaticheskikh meshkov v sochetanii s uvelicheniem tolshhiny vorotnikovogo prostranstva u ploda: shodstva i razlichija.// Prenatal'naja diagnostika.-2007.-№3.
5. Stepanova A.V. Sluchaj limfangiomy shei ploda s rasprostraneniem v sredostenie. // Prenatal'naja diagnostika.- 2013.- №3.

Малюжинская Н.В.¹, Петрова И.В.², Полякова О.В.³, Корягина П.А.⁴, Кожевникова К.В.⁵, Токарева А.А.⁶ Капичникову Л.В.

¹Доктор медицинских наук, ²Кандидат медицинских наук, ³Кандидат медицинских наук, ⁴Клинический интерн, ⁵Аспирант,

⁶Аспирант, Волгоградский государственный медицинский университет

АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Аннотация

В статье рассмотрены – показатели физического развития детей с экстремально низкой массой тела, очень низкой массой тела и низкой массой тела в зависимости от дотации белка с учетом центильных кривых.

Ключевые слова: недоношенные новорожденные, физическое развитие, вскармливание детей.

Maluzginskaia N.V.¹, Petrova I.V.², Polyakova O.V.³, Koryagina P.A.⁴, Kozhevnikova K.V.⁵, Tokareva A.A.⁶ Капичникову Л.В.

¹Doktor of Medical Sciences, ²Kandidat of Medical Sciences, ³Kandidat of medical sciences, ⁴Klinichesky intern, ⁵Aspirant, ⁶Aspirant, Volgograd State Medical University.

ANALYSIS OF PHYSICAL DEVELOPMENT IN PRETERM INFANTS.

Abstract

The article deals with - physical development of children with extremely low birth weight, very low birth weight and low birth weight, depending on the subsidies given protein centile curves.

Keywords: preterm infants, physical development, feeding children.

Благодаря современным технологиям неонатологи могут сохранить жизнь многим недоношенным детям с экстремально и очень низкой массой тела. Рождение детей с экстремально низкой массой тела происходит в условиях действия резких стрессовых факторов, при острых осложнениях беременности. Факторами высокого риска рождения ребёнка с массой тела 1000-2499 грамм являются хронические заболевания и патология матери, приводящие к длительным нарушениям питания, роста и развития плода [4]. Поэтому одной из важнейших задач в выхаживании таких детей является адекватное вскармливание, учитывающее не только потребности в питательных веществах, но и анатомо-физиологические особенности. При вскармливании недоношенных детей делается акцент на повышение дотации белка детям с массой тела до 1000 граммов – 4,0 г/кг/сутки, 1001 – 1800 граммов – 3,5 г/кг/сутки, от 1801 граммов – 3,0 г/кг/сутки. Основоположающим критерием адекватного вскармливания преждевременно родившихся детей являются показатели физического развития (в особенности динамика массы тела) [3].

В ходе работы будут оцениваться показатели физического развития у детей, рожденных с низкой (НМТ), очень низкой (ОНМТ) и экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) в возрасте двух месяцев жизни в зависимости от дотации белка с учетом центильных кривых Американской ассоциации Академии педиатрии по физическому развитию глубоко недоношенных детей в