



ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
"РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ"
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

64-я

Итоговая научная конференция

молодых ученых РостГМУ,

посвященная 95-летию высшего медицинского образования на Дону
и 80-летию РостГМУ

МАТЕРИАЛЫ КОНФЕРЕНЦИИ

РОСТОВ-НА-ДОНУ

23 апреля 2010

прямокишечно-маточного пространства под контролем лапароскопии. Со стороны неовлагалища купол брюшины зафиксировали корнцангом, брюшину вскрыли со стороны влагалища, низвели и фиксировали к краю слизистой входа во влагалище. Сформировали купол неовлагалища со стороны брюшной полости путем сшивания брюшины пузырно-маточной складки, брюшины Дугласова пространства, рудиментарных тяжей. Неовлагалище тампонируется резиновым протектором 3х12 см на синтомициновой основе. Общая кровопотеря в ходе операции составила около 250 мл.

Результаты: Способ позволил воспроизвести нормальную анатомию преддверия входа во влагалище. В послеоперационном периоде выполнялась ежедневная обработка неовлагалища раствором фурацилина, смена влагалищных протекторов, обработанных синтомициновой или метилурациловой мазями (через день). Заживление послеоперационной раны первичным натяжением, швы сняты на 8-е сутки. Создано влагалище длиной до 10 см, шириной до 3,5 см. Осмотрено через год: влагалище прежних размеров, хорошо растяжимо, рубцовых изменений и сужения в области входа нет. Пациентка замужем, регулярно живет половой жизнью.

Выводы: Объективные (длина влагалища, полноценность его эпителизации) и субъективные критерии (полноценность половых контактов, психологическая удовлетворенность пациентки, значительное улучшение качества жизни) оценки эффективности создания неовлагалища из брюшины маточно-прямокишечного углубления позволяют нам считать данный способ коррекции аплазии влагалища наиболее оптимальным.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ БУТОРФАНОЛА ТАРТРАТА ПРИ ИНТРАОПЕРАЦИОННОМ И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ОБЕЗБОЛИВАНИИ БОЛЬНЫХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

**Авторы: ст. 6 к. ПФ Романенко М.Ю., ст. 6 к. ПФ Казбекова О.А.,
ст. 6 к. ПФ Агуреев А.В.**

Научный руководитель: асс. Здирук С.В.

Россия, г. Ростов-на-Дону, ГОУ ВПО «РостГМУ Росздрава»,

кафедра Хирургических болезней №1 с курсом анестезиологии и реанимации

Актуальность: Обезболивание при оперативных вмешательствах, выполняемых больным гинекологического профиля с осложнённым преморбидным фоном, представляет серьёзную проблему современной медицины. В настоящее время особую теоретическую и практическую значимость приобретают работы, посвященные изучению функциональной роли современных лекарственных препаратов с анальгетической активностью, используемых при проведении тотальной внутривенной анестезии, возможности достижения при их применении адекватной операционной травме антиноцицептивного эффекта в интра- и послеоперационном периодах. Буторфанола тартрат представляет собой синтетический опиоидный анальгетик фенантренового ряда, обладающий агонистической/антагонистической активностью. Буторфанол и его основные метаболиты являются агонистами

Цель: Разработка способа тотальной внутривенной анестезии и метода послеоперационного обезболивания с использованием буторфанола тартрата (стадола) в качестве центрального анальгетика.

Материалы и методы: Нами проведено 58 ТВА с использованием буторфанола тартрата в качестве центрального анальгетика. Продолжительность анестезии от 2 до 3 часов. Все больные были подвержены одинаковой операционной травме: лапаротомия, экстирпация матки без придатков. Возраст женщин варьировал от 38 до 68 лет. Все больные имели отягощенный преморбидный фон: ИБС – 7, ожирение II-III степени – 15, сахарный диабет I типа – 1, варикозная болезнь нижних конечностей – 14, узловатая форма нетоксического зоба I-II степени – 5, артериальной гипертензией I-II стадии – 16. Контроль адекватности анальгезии проводился методом вызванных соматосенсорных потенциалов нейромиоанализатором НМА-4-01 «НЕЙРОМИАН» (НПКФ «МЕДИКОМ МТД», Россия). За 12 часов до оперативного вмешательства больным в/м вводился р-р димедрола 1%-1,0 и р-р диазепама 0,5%-2,0. Премедикация I проводилась за 1-1,5 часа до оперативного вмешательства в/м введением р-ра диазепама 0,5%-2,0. Премедикация II производилась на операционном столе в/в введением атропина 5-7 мкг/кг, димедрола - 0,15 мг/кг, диазепама - 0,15 мг/кг и стадола - в дозировке 15 мкг/кг массы тела. С целью прекураризации в/в вводили ардуан в дозе 15-20 мкг/кг. Индукция тиопенталом натрия 4-5 мг/кг (в среднем 250-300 мг) либо пропофолом 1,5 мг/кг в сочетании с кетамином 1,5 мг/кг, после чего на фоне тотальной миоплегии дитилином в дозе 15-30 мг/кг выполнялась оротрахеальная интубация и перевод больной на ИВЛ. Поддержание анестезии

проводилось тиопенталом натрия в дозе 0,7-1,5 мг/кг каждые 30-40 минут, либо пропофолом 1 мг/кг, либо сочетанием пропофола с кетаминном 0,75 мг/кг (но не более 100 мг за 2-3 часа анестезии). Стадол вводился за 3-5 минут до кожного разреза в дозе 15 мкг/кг в/в струйно, а также после пробуждения больной и экстубации в/м в той же дозировке, но не более 1 мг.

Результаты: К концу операции отмечалось плавное восстановление спонтанного дыхания, быстрое пробуждение пациентки при удовлетворительном мышечном тоне. Гемодинамические показатели при предлагаемом варианте аналгезии и при использовании «стандартных» наркотических анальгетиков достоверно не различались. Следует отметить, что введение во время анестезии продолжительностью 2-3 часа более 2 мг стадола вызывало у больных на протяжении 1,5-2 часов с момента пробуждения «кетаминоподобные» галлюцинации.

Выводы: Предлагаемая нами методика применения стадола в качестве центрального анальгетика у больных гинекологического профиля обеспечивает адекватную антиноцицептивную защиту и может рекомендоваться как для интра-, так и послеоперационного обезболивания.

ОСОБЕННОСТИ МИКРОЭЛЕМЕНТНОГО СТАТУСА ПРИ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА

Авторы: вр. Султанова Д.А., ст. 5 к. ПФ Раевская М.В., ст. 5 к. ПФ Слатина Я.В.

Научный руководитель: асс. Чеботарева Ю.Ю.

Россия, г. Ростов-на-Дону, ГОУ ВПО «РостГМУ Росздрава», кафедра Акушерства и гинекологии №2

Актуальность: В настоящее время состояние микроэлементозного статуса при маточных кровотечениях пубертатного периода (МКПП) изучено недостаточно. Одним из химических элементов (ХЭ), наиболее важным для физиологии репродукции, является цинк, обеспечивающий контроль экспрессии генов в процессе репликации и дифференцировки клеток (Prasad A., 1995). Цинк необходим для функционирования многих металлоферментов, участвующих в широком спектре метаболитических процессов (Pais J. et al., 1997). Весьма распространенным микроэлементозом (МТОЗом) является дефицит железа в организме, в результате чего возникает железодефицитная анемия (В.А. Тутельян и соавт., 2002). Потенцирование этого состояния возможно повышенным содержанием тяжелых металлов в организме с большинством, из которых железо находится в антагонистических корреляциях. В ферментах антиоксидантной системы содержится такой распространенный эссенциальный ХЭ как марганец. Он оказывает влияние на процессы глюконеогенеза и регуляции уровня глюкозы в крови, необходим для секреции инсулина (А.П. Авцын и соавторы, 1991). Обнаружено его позитивное влияние на течение репродуктивной функции. При его недостатке задерживается овуляция, возникает бесплодие (Finley J. et al., 1994). Кроме прямого определения ХЭ в тканях диагностировать их уровень косвенно можно с помощью соответствующих биохимических показателей (концентрация биологически активных веществ - ферменты, гормоны и др.). Эти соединения являются металлолигандами. Так, избыток или дефицит железа отражается соответствующим образом на показателях ферритина, гемоглобина. При дефиците цинка снижается активность щелочной фосфатазы. Изменение физиологического содержания йода приводит к сдвигам в продукции гормонов щитовидной железы и т.д. Своеобразная бионеорганическая диагностика дает возможность более точно заключить о признаках МТОЗа при становлении репродуктивной функции девочки-подростка. Поэтому проведение таких исследований при МКПП имеет актуальное значение.

Цель: изучение гормонального статуса и некоторых биохимических маркеров ХЭ при МКПП.

Материалы и методы: Обследовано 36 пациенток в возрасте от 14 до 16 лет с МКПП. Контрольную группу составили 36 девочек-подростков аналогичного возраста с регулярным менструальным циклом. В качестве биохимических маркеров уровня ХЭ в организме определяли в крови: щелочную фосфатазу (ЩФ) – индикатор уровня цинка; ферритин, гемоглобин – индикаторы железа; толерантность к глюкозе – индикатор уровня хрома, ТТГ – индикатор уровня йода общепринятыми методами. Определение гормонов в периферической сыворотке крови проводили методом иммуноферментного анализа.

Результаты: При исследовании микроэлементозных маркеров отмечено, что у девушек основной группы уровень щелочной фосфатазы был снижен ($80,2 \pm 12,6$ ед/л) в сравнении с контрольной группой ($289,7 \pm 56,7$ ед/л). Показатели ферритина в основной группе ($64,8 \pm 11,2$ мкг/л) были ниже, чем в контрольной группе ($96,7 \pm 9,4$ мкг/л). Уровень гемоглобина в основной группе был ниже ($116 \pm 9,8$ г/л), чем в контрольной группе ($134 \pm 5,6$ г/л). Кроме того, у 1/3 пациенток основной группы отмечался положительный глюкозотолерантный тест. Уровень ТТГ в основной группе имел тенденцию к