

В настоящее время семь из 16 участников испытаний, начавшихся еще в 2007 году, живы, причем продолжительность жизни после постановки диагноза у них составляет от 60,7 до 82,7 месяцев (от пяти до почти семи лет). У шести пациентов в течение более пяти лет наблюдается ремиссия заболевания. У четверых на протяжении пяти с половиной – семи лет отмечена не только ремиссия, но и хорошее качество жизни. Один участник, у которого ремиссия глиобластомы также продолжалась более пяти лет, скончался от лейкемии.

Было установлено, что у всех восьми «долгожителей» опухоли содержат хотя бы пять антигенов, ассоциированных с раковыми стволовыми клетками, а в шести случаях представлено все шесть таких антигенов. «Результаты свидетельствуют о том, что прицельная атака на экспрессируемые раковыми стволовыми клетками антигены является успешной стратегией при терапии глиобластомы, о чем говорит длительная ремиссия у участников, в чьих опухолях представлены именно такие антигены».

Заключение: Результаты исследования показали не только всю сложность диагностики подобного рода заболеваний на начальных стадиях (поздняя обращаемость, неправильное, часто «бытовое» отношение к симптомам болезни), но и до конца не изученные варианты более оптимального способа лечения. Исследования в этом направлении будут продолжаться.

Литература

1. Вакцина от неизлечимого рака мозга продлила жизнь больных в четыре раза [Электронный ресурс] URL: <http://cedars-sinai.edu/About-Us/News/News-Releases-2013/Update-50-Percent-of-Patients-in-Cedars-Sinai-Brain-Cancer-Study-Alive-After-Five-Years.aspx>
2. Опухоль головного мозга симптомы [Электронный ресурс] URL: <http://www.medn.ru/statyi/opuxol-golovnogo-mozga-simptomu.html>

References

1. A vaccine for incurable brain cancer prolong the life of patients four times [electronic resource] URL: <http://cedars-sinai.edu/About-Us/News/News-Releases-2013/Update-50-Percent-of-Patients-in-Cedars-Sinai-Brain-Cancer-Study-Alive-After-Five-Years.aspx>
2. Brain tumor symptoms [electronic resource] URL: <http://www.medn.ru/statyi/opuxol-golovnogo-mozga-simptomu.html>

Алиуллова Р. Р.

Заочный аспирант кафедры эндоскопии, общей и эндоскопической хирургии, Казанская государственная медицинская академия, врач-хирург ГАУЗ «Менделеевская ЦРБ».

ОЦЕНКА БОЛИ В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПАХОВЫМИ ГРЫЖАМИ

Аннотация

В статье рассмотрено применение различных вариантов местной анестезии, для оптимизации выбора обезболивания с целью улучшения качества жизни пациентов после паховой герниопластики. Показана эффективность применения современных местных анестетиков при эндопротезировании.

Ключевые слова: паховая грыжа, местный анестетик, боль.

Aliullova R. R.

Postgraduate student; endoscopy general and endoscopic surgery sub-faculty, «Kazan State Medical Academy»; surgeon of hospital in Mendeleevsk.

ASSESSMENT OF PAIN IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH PACHOVYMI HERNIAS

Abstract

The article deals with the application of different options of local anesthesia, in order to optimize the choice of anesthesia in order to improve the quality of life of patients after inguinal hernia repair. The efficiency of modern local anesthetics with endoprosthesis.

Keywords: inguinal hernia, a local anesthetic, pain.

Актуальность проблемы продиктована сохранением болевого синдрома в паховой области, у 5-20% оперированных пациентов, что приводит к удлинению периода реабилитации, снижению качества жизни пациентов [5]. Широкое применение герниопластики в хирургических отделениях общего профиля и в развивающихся стационарах краткосрочного пребывания, и появление современных эффективных препаратов для местной анестезии является предпосылками к пересмотру тактики выбора способа обезболивания. Формирование очага боли меньше при использовании местного обезболивания, а возможность ранней двигательной активности пациентов после операции способствует всасыванию и местного анестетика в раневой зоне и инактивации раневых стимуляторов боли [3,6].

Результаты исследования базируются на сравнении эффективности применения различных вариантов местной анестезии при хирургическом лечении 162 пациентов с паховыми грыжами. Отобранные пациенты мужчины 39-60 лет, грыженосительством 3-18 месяцев, без отягощенного анамнеза, грыжи по классификации Nyhus I, II, простые прямые IIIA. Оперированы в плановом порядке в условиях ГУ МКДЦ г. Казани с 2012 по 2014 г. по технике Лихтенштейна с применением полипропиленовой сетки Hernmesh4 («Herniamesh» Италия), под местной анестезией.

Методом ползучего инфильтрата по А. В. Вишневному 0,25% раствором новокаином (прокаином) оперировано 10 (6,2%) пациентов (n=н). Местная (локальная) анестезия 0,5% раствором лидокаина (n=л) использована у 24 (14,8%) пациентов, 0,25%-бупивакаин (маркаина) (n=б)-12(7,4%), 0,2%-ропивакаин (ропина) (n=р)-14 (8,6%) и комбинации лидокаина с ропивакаином (n=к)-102 (63%) пациента. Пациентам за 30 минут до операции использовалась стандартная премедикация в составе 0,1% раствора атропина-0,5 мл, 1% раствора димедрола-1 мл и 2% раствора кеторола-2 мл. Продолжительность операции при местной анестезии составила 47,8 ± 1,1 мин., среднее время активизации пациентов 4,0 ± 1,2 ч.

Аналгетический эффект местных анестетиков зависит от индивидуальных свойств самого препарата, применяемой концентрации, объема, способа и места его введения (влияние местного кровотока). Лидокаин начинает действовать быстрее, за счет более низкой степени ионизации $pK=7,7$ к $pK=8,1$ ропивакаина, при своей малой активности (жирорастворимости 2,9 к 14 соответственно). Но более продолжительного действия ропивакаина, за счет большей способности связывания с белками 94% к 60-80% лидокаина [1,4]. Ропивакаин обладает собственным вазоконстрикторным эффектом, поэтому длительность его действия не зависит от добавления вазоконстрикторов извне [2]. Так же добавление адреналина к бупивакаину практически не влияет на его продолжительность действия и обусловлено высокой степенью связывания его с белками плазмы 96%. Современные местные амидные анестетики более устойчивы и менее аллергогенны, в отличие от препаратов эфирной связью (новокаин) [1].

Для новокаина характерно быстрое наступление анестезии, но короткая продолжительность действия (30-60'), расход препарата составлял 150-300 мл. При локальном введении бупивакаина аналгезия развивается через 2-20' и продолжается 4-7 часов, ропивакаина начало аналгезии через 10-15', а продолжительность действия 2-6 ч., расход препарата до 100 мл. У лидокаина латентный период (5-7'), действие 60-90', применялось 60-80 мл препарата. Такой объем достаточен для герниопластики при использовании комбинации 10% лидокаина (4 мл) с 0,75% ропивакаином (20 мл) в разведении 60 мл 0,9% раствора натрия хлорида наступление аналгезии достигалось через 5-8' с сохранением эффекта до 6 ч. в послеоперационном периоде.

Качество анестезии по субъективной оценке пациента во время операции и визуальной аналоговой и цифровой ранговой шкалам (ВАШ и ЦРШ) после операции. Недостаточная анестезия в виде дискомфорта и чувства боли во время операции отмечена в 50% (n=н) у 5 пациентов, что требовало дополнительного введения препарата на этапах операции или при наложении кожных швов. В 12,5% (n=л)-3 пациента, по 1 пациенту n= б-8,3% и n=р-7,1%, n=к -2,9%.

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', n=л через 2,2± 0,3 часа, n=б и n=р в среднем через 4,7±0,5 часа и n=к через 5,4± 0,4 часа. Кратность введения анальгетиков в 100% n=н составила каждые 6-8 часов, двукратно в 50% n=л, в 74% и 72% применения n=б и n=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 anestezija /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 obespechenija 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. Oslozhenija 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 методик 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 нарушение 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.