

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<sup>А</sup> длительно блокирует боль [2,7, <http://www.cochrane.org/> <sup>А</sup>].

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 anesteziija /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.

<sup>1</sup>Старший преподаватель, ассистент кафедры оперативной хирургии, Ставропольский Государственный Медицинский Университет; <sup>2</sup>студентка, 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.<sup>1</sup>, Bajchorova A.H.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> PhD in Medicine, Stavropol State Medicine University, <sup>2</sup>Student 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.

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

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 коагуляция, 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 блеомицин, 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 распространённые форма 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 лимфорейя, 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 гигом 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 гигоме 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 гигома 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' tochku v processe formirovaniya klinicheskoj gipotezy na osnovanii jehograficheskikh dannyh. // Prenatal'naja diagnostika.- 2012.№2.
4. Kopytova E.I. Kistoznaja gigroma shei i rasshirenie jaremnyh limfaticeskikh 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.

**Малужинская Н.В.<sup>1</sup>, Петрова И.В.<sup>2</sup>, Полякова О.В.<sup>3</sup>, Корягина П.А.<sup>4</sup>, Кожевникова К.В.<sup>5</sup>, Токарева А.А.<sup>6</sup> Капичникову Л.В.**

<sup>1</sup>Доктор медицинских наук, <sup>2</sup>Кандидат медицинских наук, <sup>3</sup>Кандидат медицинских наук, <sup>4</sup>Клинический интерн, <sup>5</sup>Аспирант,

<sup>6</sup>Аспирант, 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 .

**Maluzginskaja N.V.<sup>1</sup>, Petrova I.V.<sup>2</sup>, Polyakova O.V.<sup>3</sup>, Koryagina P.A.<sup>4</sup>, Kozhevnikova K.V.<sup>5</sup>, Tokareva A.A.<sup>6</sup> Kapichnikovu L.V.**

<sup>1</sup>Doktor of Medical Sciences, <sup>2</sup>Kandidat of Medical Sciences, <sup>3</sup>Kandidat of medical sciences, <sup>4</sup>Klinichesky intern, <sup>5</sup>Aspirant, <sup>6</sup>Aspirant, 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 неонатологии могут сохранить жизнь многим недоношенным детям с экстремальной 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. Основопологающим 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