

ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ОПЕРАТИВНЫХ ДОСТУПОВ ПРИ ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ

А.Л. Стринкевич, С.Н. Шнитко

Научный руководитель – д.м.н. *С.Н. Шнитко*

Белорусский государственный медицинский университет

Минимальная травматичность видеоторакоскопических операций способствует их широкому применению в клинической практике. Однако ряд специфических особенностей таких вмешательств – таких как невозможность полноценного мануального контроля, жесткая фиксация троакаров к грудной стенке, опосредованный обзор на экране монитора – нередко создает дополнительные трудности при выполнении пособия. Поэтому выбор оптимальных точек для введения троакаров является важным моментом планирования видеоторакоскопических операций.

Для традиционных открытых операций критерии оптимальности доступа были сформулированы А.Ю. Созон-Ярошевичем (1954). Однако их использование применительно к эндоскопическим операциям возможно только после соответствующей интерпретации.

Наш девятилетний опыт выполнения видеоторакоскопических оперативных вмешательств, а так же проведение анатомопографических исследований на трупном материале, позволили нам сформулировать и рекомендовать к клиническому применению следующие принципы введения эндоскопа и инструментов при данном виде операций.

Расположение эндоскопа на теле пациента должно предполагать передачу на монитор изображения “от себя”, а оптическая ось эндоскопа должна пересекать плоскость вмешательства под прямым углом в точке наиболее ответственного этапа операции. Это позволяет хирургу наиболее точно оценить форму, размеры объектов, расстояние до них.

Угол оперативного действия определяет свободу манипуляций в оперативной полости, что и определяет исключительную важность данного параметра. Его значение в конкретной операции зависит от глубины оперативного действия и от расстояния между инструментами. Поэтому для моделирования оптимального угла между инструментами (60°) их троакары следует разместить друг от друга на определенном расстоянии, которое можно легко рассчитать по приведенной ниже формуле:

$$A = 2 \cdot B \cdot \operatorname{tg} 30^\circ \text{ или } \approx 1,2 \cdot B$$

где: А – расстояние между троакарами; В – предполагаемая глубина оперативного действия (рассчитывается по результатам дооперационных исследований); $\operatorname{tg} 30^\circ$ – тангенс $\frac{1}{2}$ оптимального значения угла между инструментами.

При выполнении пособия особые требования предъявляются к расположению основных рабочих инструментов. Их следует располагать по ходу проекции линии операции на грудную стенку. Линию операции мы определяем как линию, по ходу которой осуществляется основной этап оперативного вмешательства.

Таким образом, соблюдение простых, не требующих сложных математических расчетов правил, позволяет оптимизировать эндоскопические доступы при проведении видеоторакоскопических операций.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЗДОРОВЬЯ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ЖЕНЩИН, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ МИОМЫ МАТКИ

С.Л. Федосова

Научный руководитель – к.м.н., доцент *В.И. Харлёнок*

Витебский государственный медицинский университет

Проблема изучения состояния здоровья и качества жизни женщин, перенёвших операцию по поводу миомы матки, является, несомненно, актуальной. Так как, на сегодняшний день данная патология является самой распространённой опухолью женской половой сферы. Важно отметить, что миома резко «помолодела». И в экологических условиях нашей страны значительно участились оперативные вмешательства по поводу этого заболевания, не только у женщин по-

стменопаузального периода, но и в возрасте до 30 лет.

Цель работы: изучение качества жизни и состояния здоровья женщин, которым была произведена экстирпация матки с придатками и/или без придатков по поводу миомы матки.

Практическая значимость исследования определяется тем, что до настоящего времени качество жизни, и состояние женского здоровья после гистерэктомии и овариэктомии изучено недостаточно и остаётся предметом многочисленных споров [1, 2, 3]. Изученные в этом отношении данные могут способствовать ограничению неоправданного радикализма или излишнего консерватизма при оперативных вмешательствах на органах женской половой системы.

Методика исследования. Для оценки влияния гистерэктомии на качество жизни и здоровье женщин нами были изучены отдалённые результаты на основании ретроспективного анализа историй болезни, сбора анамнеза и анкетирования 52 пациенток, подвергшихся операции по поводу миомы матки. В зависимости от объёма оперативного вмешательства все пациентки были разделены на две группы. В первую группу вошли 33 пациентки перенёвшие экстирпацию матки с придатками и во вторую группу – 19 пациенток, которые перенесли экстирпацию матки без придатков.

Результаты исследования. При проведении анкетирования наиболее частой жалобой женщин 1-й группы были приливы – в 54,5% случаев. Женщины 2-й группы таких жалоб не предъявляли. Ночная потливость в 2, 8 раза чаще беспокоила женщин с удалёнными яичниками по сравнению с пациентками 2-й группы. Боли в суставах и позвоночнике в 3 раза больше беспокоили женщин 1-й группы. Депрессия встречалась только у 4 пациенток 1-й группы. При анализе экстрагенитальной патологии после оперативного лечения, доминирующее положение стала занимать артериальная гипертензия, зачастую возникшая после операции (78,8% и 10,52% соответственно у пациенток 1-ой и 2-ой групп). До операции артериальная гипертензия имела место только у двух женщин из 1-ой группы, однако после оперативного вмешательства она стала неуклонно прогрессировать. Второе место стала занимать прибавка в весе, составляющая 54,5% и 21% соответственно у женщин 1-ой и 2-ой групп. Средняя прибавка в весе после операции у женщин с удалёнными яичниками составила 12,3 кг, а у женщин с сохранёнными яичниками – 5 кг. Последнее место занимает ишемическая болезнь сердца, которая наблюдалась только в первой группе у 3 пациенток из 33.

Таким образом, можно сделать вывод, что состояние здоровья и качество жизни женщин после хирургического лечения по поводу миомы матки ухудшается и зависит от объёма оперативного вмешательства.

Литература

1. Кулаков В.И., Адамян Л.В., Аскольская С.И., Фролова О.Г. // Акуш. и гин. 1999. – № С 31–34.
2. Макаров О.В., Доброхотова Ю.Э., Любченко Н.В. // Акуш. и гин. 2000. – № 3. – С. 12–14.
3. Репина М.А. // Акуш. и гин. 1998. N 4. С. 55–56.

ВОСПРИЯТИЕ МОЛОДОГО МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА ПАЦИЕНТАМИ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ КАТЕГОРИЙ

Т.Г. Ханевич, О.И. Кейко, Н.В. Гончарова
Научный руководитель – *М.М. Карнелович*

Гродненский государственный медицинский университет

Процесс и результат межличностного и межгруппового восприятия, а также восприятия через себя самого при взаимодействии с другими называется социальной перцепцией. Выделяют 3 типа социальной перцепции в зависимости от участников взаимодействия: самовосприятие, межличностное восприятие, межгрупповое восприятие. При взаимодействии и общении социальная перцепция является взаимной. Люди воспринимают, интерпретируют и оценивают друг друга и верность этой оценки не всегда очевидна. Проблема межличностного восприятия в ситуациях взаимодействия «медицинский работник – пациент» не изучалась.

Целью нашего исследования явилось изучение особенностей восприятия молодых представителей медицинского персонала людьми различного возраста. В исследовании принимают