

$p=0,02$), т. е. чем выше студенты переживают социальную поддержку, тем выше их средний балл. С другими переменными взаимосвязи не обнаружено.

Выводы. Выявлено, что студенты-медики в среднем характеризуются умеренно высоким уровнем переживания качества психологического климата в группе. Была обнаружена взаимосвязь между переживанием социальной поддержки и академической успеваемостью респондентов. Группа с самым высоким уровнем переживания благоприятности психологического климата обладает самым высоким средним баллом за крайнюю экзаменационную сессию.

ЛИТЕРАТУРА

1. Пергаменщик, Л. А. Социальная поддержка и ее измерение / Л. А. Пергаменщик, Н. Н. Лепешинский // Психологическая диагностика. – 2009. – № 1. – С. 45–61.

РЕГИОНАРНЫЕ БЛОКАДЫ ПЛЕЧЕВОГО СПЛЕТЕНИЯ РАЗЛИЧНЫМИ ДОСТУПАМИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ УЗ-НАВИГАЦИИ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ДИСТАЛЬНОЙ АРТЕРИОВЕНОЗНОЙ ФИСТУЛЫ

Якубцевич А. Р.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Научный руководитель: ассист. Ракашевич Д. Н.

Актуальность. Регионарная анестезия под ультразвуковым контролем является важной частью анестезиологической практики, особенно у пожилых людей с выраженной коморбидностью. Выбор вида регионарной анестезии основан на сочетании таких факторов, как продолжительность операции, а также навыков анестезиолога [1]. В настоящее время описано четыре доступа к плечевому сплетению: подмышечный, надключичный, подключичный и межлестничный [2].

Цель. Провести сравнительный анализ эффективности регионарной блокады плечевого сплетения и кожно-мышечного нерва подмышечным доступом и межлестничной блокады плечевого сплетения с использованием УЗ-навигации при формировании дистальной артериовенозной фистулы.

Методы исследования. Ретроспективный анализ состояния пациентов в периоперационном периоде при проведении регионарной блокады плечевого сплетения и кожно-мышечного нерва подмышечным доступом (группа 1) и межлестничной блокады плечевого сплетения (группа 2) с использованием

УЗ-навигации. Группа 1 включала в себя 20 пациентов: 13 мужчин (65%) и 7 женщин (35%), средний возраст которых составил 59 лет. Группа 2 включала в себя 12 пациентов: 8 мужчин (67%) и 4 женщины (33%), средний возраст которых составил 61,5 лет. Все пациенты были сопоставимы по полу, возрасту, тяжести состояния.

Для оценки интенсивности боли пациентов в периоперационном периоде использовалась десятибалльная визуальная аналоговая шкала (ВАШ) интраоперационно, через 2, 6 и 12 часов после оперативного вмешательства. При сравнении независимых групп с отличным от нормального распределением значений одного или двух количественных признаков использовался непараметрический метод – критерий Манна-Уитни (М-У-критерий). Критический уровень статистической значимости принимали за $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. При анализе течения анестезии с использованием регионарных блокад было установлено, что уровень боли по ВАШ был значимо ниже в 1 группе, частота формирования сенсорного блока также была достоверно выше в 1 группе, при этом частота наступления моторного блока не отличалась между группами. Потребность в инфльтрационной анестезии была достоверно выше в группе, где была применена межлестничная блокада плечевого сплетения.

При оценке течения послеоперационного периода установлена достоверная разница в уровне боли по ВАШ через 2 часа, а также потребность в медикаментозной анальгезии на этом этапе исследования между группами. Достоверной разницы через 6 часов между группами в показателях ВАШ и потребности в анальгезии не отмечалось.

При анализе периоперационного периода ни в одной из исследуемых групп не было отмечено токсичности местных анестетиков, формирующихся гематом в зоне пункции и парестезий.

Пациентами была оценена удовлетворенность анестезиологическим обеспечением от 1 до 10 баллов. По результатам оценки было установлено, что удовлетворенность в группе 1 достоверно выше по сравнению с группой 2 ($p = 0,0002$).

Выводы.

1. Блокада плечевого сплетения и кожно-мышечного нерва подмышечным доступом более эффективна чем межлестничная блокада плечевого сплетения, что проявляется более низкими показателями боли по ВАШ интраоперационно и в раннем послеоперационном периоде, более частым формированием сенсорного блока и более низкой потребностью в инфльтрационной анестезии.

2. Удовлетворенность пациентами анестезией более достоверна при блокаде плечевого сплетения и кожно-мышечного нерва подмышечным доступом, чем при межлестничной блокаде.

ЛИТЕРАТУРА

1. Chin, Ki Jinn, and Vincent Chan. "Ultrasound-guided peripheral nerve blockade." *Current opinion in anaesthesiology* vol. 21,5 (2008): 624-31. doi:10.1097/ACO.0b013e32830815d1
2. Sehmbi H, Madjdpour C, Shah UJ, Chin KJ. Ultrasound guided distal peripheral nerve block of the upper limb: A technical review. *J Anaesthesiol Clin Pharmacol*. 2015;31(3):296-307. doi:10.4103/0970-9185.161654.

ИНФИЛЬТРАЦИОННАЯ АНЕСТЕЗИЯ И МЕЖЛЕСТНИЧНАЯ БЛОКАДА ПЛЕЧЕВОГО СПЛЕТЕНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ УЗ-НАВИГАЦИИ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ДИСТАЛЬНОЙ АРТЕРИОВЕНОЗНОЙ ФИСТУЛЫ

Якубцевич А. Р.

УО "Гродненский государственный медицинский университет"

Научный руководитель: Ракашевич Д. Н.

Актуальность. Основными целями анестезиологического обеспечения при оперативных вмешательствах являются обеспечение адекватного моторного блока и анальгезии во время оперативного вмешательства [1]. В последнее время значительно расширилось использование блокады периферических нервов для анестезии и послеоперационного обезболивания [2].

Цель. Провести сравнительный анализ эффективности инфильтрационной анестезии и межлестничной блокады плечевого сплетения с использованием УЗ-навигации при формировании дистальной артериовенозной фистулы.

Методы исследования. Ретроспективный анализ состояния пациентов в периоперационном периоде при проведении межлестничной блокады плечевого сплетения с использованием УЗ-навигации (группа 1) и инфильтрационной анестезии (группа 2). Группа 1 включала в себя 12 пациентов: 8 мужчин (67%) и 4 женщины (33%), средний возраст которых составил 61,5 года. Группа 2 включала в себя 20 пациентов: 11 мужчин (55%) и 9 женщин (45%), средний возраст которых составил 52 года.

Для оценки интенсивности боли пациентов в периоперационном периоде использовалась визуальная аналоговая шкала (ВАШ) интраоперационно, через 2, 6 и 12 часов после оперативного вмешательства. При сравнении независимых групп с отличным от нормального распределением значений одного или двух количественных признаков использовался непараметрический метод –