

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**



**ЗБІРНИК ТЕЗ**

**міжвузівської конференції молодих вчених та  
студентів**

**МЕДИЦИНА ТРЕТЬОГО ТИСЯЧОЛІТТЯ**

**(Харків – 16-17 січня 2017 р.)**

**Харків - 2017**

УДК 61.061.3 (043.2)

ББК 61 (063)

*Медицина третього тисячоліття: Збірник тез міжвузівської конференції молодих вчених та студентів (Харків – 16-17 січня 2017 р.)  
Харків, 2017. – 600 с.*

***За редакцією професора В.М. ЛІСОВОГО***

Відповідальний за випуск проф. В.В. М'ясоєдов

Затверджено Вченою радою ХНМУ  
Протокол № 12 від 22 грудня 2016 р.

пацієнта на 9 добу після ЕЛА виник сегментарний тромбоз м'язових вен гомілки, явища якого були куповані консервативно. Застосування ЕЛА в лікуванні ВХНК мало достатній косметичний та функціональний ефект. Симптоми хронічної венозної недостатності (важкість, розпирання, набряки) майже у всіх хворих зникли у віддаленому післяопераційному періоді (12-24 місяців). Клінічний рецидив ВХНК відмічено у 1 хворого через 12 міс., ще у 2 – через 24 міс. При УЗД діагностовано реканалізація стовбура ВПВ з виразним рефлюксом крові. Всім цим хворим проведено ЕЛА вдруге.

Висновки. Застосування ЕЛА є малотравматичною, ефективною методикою в лікуванні ВХНК, яка сприяє швидкій реабілітації пацієнтів.

**Корниец А.В., Меженская Е.А.**

## **ПРИМЕНЕНИЕ РЕКТОСАКРОПЕКСИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РЕКТАЛЬНОГО ПРОЛАПСА**

**Харьковский национальный медицинский университет, Кафедра хирургии №2, г. Харьков, Украина**

**Научный руководитель: к.м.н. Свирепю П.В.**

Актуальность: Выпадение прямой кишки является актуальной проблемой колопроктологии и тяжелым заболеванием для пациента. Наличие пролабирующей через задний проход прямой кишки затрудняет ее опорожнение, приводит к анальному недержанию, что в свою очередь значительно ухудшает трудовую и социальную адаптацию (Войнов М.А., 2013). D. Нооге и соавт. (2004 г.) предложили метод прямокишечной фиксации – ректосакропексию с хорошими функциональными результатами.

Целью исследования явилось изучение результатов применения ректосакропексии у больных с выпадением прямой кишки в нашей клинике.

Материалы и методы исследования: в настоящее исследование включены 32 пациента, оперированных по поводу ректального пролапса за период 2010-2015 гг. Средний возраст пациентов –  $43,6 \pm 7,8$  года. Среди них женщины – 25 (78,125%), мужчины – 7 (21,875 %). В исследование включены пациенты с наружным и внутренним ректальным пролапсом. Недостаточность анального сфинктера (НАС) определяли по принятой в клинике классификации слабости запирающего аппарата. Оценку моторной функции тонкой кишки проводили с применением рентгенологического контроля пассажа бариевой взвеси. НАС изучали методами сфинктерометрии и профилометрии. Оценку функции мышц тазового дна проводили методом дефекографии с регистрацией положения кишки относительно лонно-копчиковой линии. Также определяли ее смещаемость в волевом сокращении, остаточный объем и время эвакуации из прямой кишки. Опущение промежности диагностировали при регистрации положения кишки в покое  $2,9 \pm 0,9$  см и более. Ниже лонно-копчиковой линии или при ее смещении на 6 см и более при натуживании. Декомпенсацией функций мышц тазового дна считали смещаемость

аноректальной зоны при волевом сокращении менее  $1,2 \pm 0,4$  см (Zarodnyuk I.V. и соавт., 2005).

Результаты исследования и их обсуждение: Все пациенты оперированы в клинике методом ректосакропексии. Особенностью данной операции является мобилизация прямой кишки без пересечения боковых прямокишечных связок. При этом у мужчин по передней полуокружности прямая кишка мобилизуется по передней полуокружности до границ средне-нижних ампулярных отделов, а у женщин – выполняется расщепление ректовагинальной перегородки и мобилизация передней стенки тонкой кишки до анального сфинктера. Синтетический имплант подшивали 3-4 швами к передней стенке прямой кишки. У женщин дополнительно к сетке фиксировали задний свод влагалища, затем свободный конец сетки подшивали к передней продольной связке крестца в области I крестцового позвонка. Среднее время наблюдения после операций составило  $36,2 \pm 9,5$  мес. У всех пациентов отмечено улучшение анального держания подтвержденного объективными методами исследования. Сфинктерометрия показала значительное повышение тонуса анального сфинктера, а профилометрия – улучшение показателей давления в анальном канале. Моторная и эвакуаторная функция толстой кишки, изученная путем определения времени транзита бариевой взвеси по ЖКТ показала ее улучшение на  $17,5 \pm 3,5$  с. Рецидивов заболевания после данной операции не отмечено. Анкетирование пациентов с использованием Кливлендской шкалы НАС (Aitola P.T., и соавт., 1999) показало улучшение функции анального держания до  $3,4 \pm 1,2$  баллов через 6-12 мес. после операции.

Выводы: 1. Ректосакропексия является эффективным методом лечения ректального пролапса. 2. Данная операция позволяет ликвидировать синдром опущения тазового дна и способствует эвакуаторной функции прямой кишки. 3. Ректосакропексия не приводит к замедлению пассажа по толстой кишке.

**Кравцов В.С., Вівчарук В.П.,  
КОМБІНОВАНЕ ЛІКУВАННЯ ГЕМАНГІОМ У ДІТЕЙ З  
ВИКОРИСТАННЯМ СУЧАСНИХ ХІРУРГІЧНИХ ТЕХНОЛОГІЙ.**

**Харківський державний медичний університет,  
кафедра дитячої хірургії та дитячої анестезіології,  
м. Харків, Україна**

**Науковий керівник – проф. Пащенко Ю.В.**

Гемангіоми є найбільш частими вродженими неонатальними судинними враженнями й спостерігаються у 1:100-1:500-1200 новонароджених. Серед недоношених дітей ця частота сягає 20-22%.

Питання лікування гемангіом залишаються вкрай актуальними, що зумовлено різноманітністю клініко-морфологічних особливостей, локалізацій та розповсюдження. На теперішній час немає чітких критеріїв вибору способу і строків лікування для досягнення високих косметичних та функціональних результатів. Лікування гемангіом проводиться шляхом системного (кортикостероїди, рекомбінантний інтерферон, цитостатики, β-