

**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.

допомогтися ліквідації патологічного процесу і запобігти ускладненням захворювання.

**Кітченко С.С., Бердікова Ю.О., Бортник К.Ю., Бабаєва А.Р.
ЗАСТОСУВАННЯ ЕНДОВАЗАЛЬНОЇ ЛАЗЕРНОЇ АБЛЯЦІЇ В
ЛІКУВАННІ ВАРИКОЗНОЇ ХВОРОБИ НИЖНІХ КІНЦІВОК**

**Харківський національний медичний університет
Кафедра хірургії №3, м. Харків, Україна**

**Науковий керівник: чл.-кор. НАМН України, д.мед.н., професор
Лупальцов В.І.**

Актуальність. Варикозна хвороба нижніх кінцівок (ВХНК) на сучасному етапі є актуальною проблемою в медико-соціальному плані, адже у 25% населення нашої країни діагностуються різні форми ВХНК. Крім того, спостерігається тенденція до збільшення кількості хворих даної групи. Широко розповсюджена стандартна флебектомія є досить травматичною та має низький косметичний ефект. В останні роки на зміну цьому класичному методу хірургічного лікування прийшли мініінвазивні втручання із застосуванням ендовазальної лазерної абляції (ЕЛА).

Мета роботи. Оцінити ефективність застосуванні ЕЛА в комплексному лікуванні ВХНК.

Матеріали та методи. Проведено лікування ВХНК у 24 хворих (18 жінок, 6 чоловіків) з клінічними класами хронічної венозної недостатності С2 - С4 (СЕАР, 1994). Вік хворих $47 \pm 6,5$ років. «Варикозний» анамнез – від 3-х до 27 років. ЕЛА стовбурів великої підшкірної вени (ВПВ), з попередньою кросектомією та футлярною анестезією ВПВ, виконана усім 24 пацієнтам (у т.ч. в 5 хворих на двох кінцівках). З них у 6 пацієнтів ЕЛА була монотерапією, у 18 – в сполученні з мініфлебектомією притоків за Мюлером. Застосовували діодний лазерний апарат «ЛІКА-ХІРУРГ М» з частотою хвилі 980 нм, потужність від 1 до 20 Вт (режим постійного випромінювання). Розташування світловоду контролювалося поліпозиційним УЗД у В-режимі. В стегновому сегменті ВПВ використовували потужність 20 Вт, на гомілці – 15 Вт. В післяопераційному періоді усім хворим проводилася еластична компресія кінцівок.

Рецидивом вважали повну або часткову реканалізацію стовбура ВПВ рефлюксом крові підчас УЗД, а також виникнення клінічних проявів ВХНК. Контрольні обстеження хворих проводили через 6, 12, 24 місяці після втручання.

Результати. ЕЛА виконана на венозних сегментах діаметром менше 5 мм в 7 (29,1%) випадках, від 5 до 15мм – у 13(54,2 %) та більше 15мм – в 4 (16,7 %) випадках. В переважній кількості хворих 22 (91,7%) ЕЛА дозволила досягти бажаного ефекту за один сеанс, і тільки в 2 (8,3%) випадках при залученні в процес басейнів обох підшкірних вен втручання проведено у два етапи. В жодному випадку не спостерігалось ускладнень, які потребували хірургічної корекції або що несли загрозу життю пацієнта. У одного

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