



**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

НАУКОВЕ ТОВАРИСТВО МОЛОДИХ ВЧЕНИХ ТА СТУДЕНТІВ

**ЗБІРНИК ТЕЗ ДОПОВІДЕЙ
«НАУКОВОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ СТУДЕНТІВ ЗДМУ – 2021»**

**В РАМКАХ І туру «ВСЕУКРАЇНСЬКОГО КОНКУРСУ СТУДЕНТСЬКИХ
НАУКОВИХ РОБІТ З ГАЛУЗЕЙ ЗВАНЬ І СПЕЦІАЛЬНОСТЕЙ
У 2020 – 2021 Н.Р.»**

5 лютого 2021 року

Запоріжжя – 2021

терапія» необхідно надавати матеріал в більш доступній формі, збільшити час для виконання завдань під час занять та забезпечити якісну відео-підтримку відпрацювання базових практичних навичок при невідкладних станах.

ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ТА ВИБОРУ ХІРУРГІЧНОЇ ТАКТИКИ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ВАРИКОЗНУ ХВОРОБУ НИЖНІХ КІНЦІВОК

Котляревська Л.Ю. II медичний факультет, 5 курс
(наук. кер. к.мед.н. Мамунчак О.В.)

Жодна методика лікування варикозної хвороби нижніх кінцівок (ВХНК) на сьогоднішній день не може бути визнана універсальною. Для кожного пацієнтів зі схожими проявами ВХНК існує свій, найбільш оптимальний спосіб лікування. Уміння виділити морфофункціональні особливості венозної системи і визначити показання до застосування тієї чи іншої хірургічної тактики у конкретного пацієнта є найважливішою складовою лікарського майстерності.

Мета: удосконалити хірургічну тактику лікування варикозної хвороби нижніх кінцівок на основі визначення морфофункціональних особливостей венозної системи за допомогою дуплексного ангіосканування.

Матеріали та методи: обстежено 29 пацієнтів яким було виконано малоінвазивне хірургічне лікування ВХНК на кафедрі факультетської хірургії ЗДМУ на базі відділення багатопрофільної хірургії Університетської клініки ЗДМУ у 2019-2020 роках.

Проаналізовано такі показники, як вік пацієнтів, стать, стадія хронічного венозного захворювання за СЕАР, вид оперативного втручання. Діагностика проводилася за допомогою дуплексного ангіосканування, виконаного за стандартною методикою з застосуванням компресійних проб, проби Вальсальви.

Результати. При опрацюванні даних були отримані такі результати: загальна кількість прооперованих осіб чоловічої статі – 14 (48,3 %) пацієнтів, середній вік становив $51,0 \pm 7,3$ роки, осіб жіночої статі – 15 (51,7 %) середній вік – $45,0 \pm 9,4$ роки. Переважна більшість пацієнтів – 26 (89,6 %) люди працездатного віку. Проаналізувавши розподіл хворих згідно стадії хронічного венозного захворювання за СЕАР встановлено: найчастіше до стаціонару зверталися пацієнти з С3 стадією – 13 (44,8 %), С2 – 11 (37,9 %) хворих, рідше зі стадією С4 – 3 (10,3 %), С5-С6 – 2 (7,0 %) пацієнта.

За даними дуплексного ангіосканування мали місце різноманітні варіанти рефлюксу з деякими анатомічними особливостями будови уражених вен. У 2 (6,9 %) пацієнтів спостерігався нормальний діаметр великої підшкірної вени (ВПВ) (не більше 4,0 мм), однак мало місце наявність патологічного рефлюксу. У 25 (86,2 %) пацієнтів – збільшений діаметр ВПВ ($13,4 \pm 2,5$ мм, (від 9 до 20 мм)), з яких у 22 (75,9 %) – рівномірне розширення стовбура ВПВ, а у 3 (10,3 %) – аневризматичне розширення ВПВ в пригирловій ділянці або верхній третині стегна. Непрямолінійний хід стовбура ВПВ з кутоподібною звитістю спостерігався у 3 (10,3 %) випадків. У 1 (3,4 %) пацієнта мав місце рефлюкс по неспроможній передній додатковій вені та аплазія основного стовбура ВПВ. У 1 (3,4 %) пацієнта спостерігалася подвоєння неспроможного основного стовбура ВПВ на стегні. Ураження малої підшкірної вени (МПВ) – відзначено у 6 (20,9 %) випадках, з них у 2 (6,9 %) мало місце ізольоване ураження лише системи МПВ. У 5 (17,2 %) пацієнтів визначався рефлюкс по неспроможним перфорантним венам медіальної групи стегна та/або гомілки.

Усім пацієнтам в залежності від виявленої ультразвукової картини виконувалася радіочастотна абляція (РЧА) уражених стовбурових сегментів великої підшкірної вени та/або

малої підшкірної вени, передньої додаткової вени стегна (при її прямолінійному ході) та мініфлебектомія за Вараді з надфасціальною перев'язкою неспроможних перфорантних вен під тумісцентною анестезією розчином Кляйна. У післяопераційному періоді для профілактики виникнення венозних тромбоемболічних ускладнень призначалися низькомолекулярні гепарини (Еноксіпарин) у профілактичних дозах, еластична компресія у вигляді панчохи II класу, дозована профілактична ходьба.

При контрольному огляді у терміні 1 місяць, 6 місяців у всіх 29 (100 %) пацієнтів з виконаною РЧА за даними дуплексного ультразвукового сканування реканалізації не спостерігалось. Хворі відмічали регрес клінічної симптоматики, покращення якості життя та об'єктивно визначався гарний косметичний результат.

Висновок. Таким чином, визначення морфофункціональних особливостей системи підшкірних вен нижніх кінцівок дозволяє більш селективно підходити до вибору хірургічної тактики лікування ВХНК, та зменшити травматизм втручання. РЧА в поєднанні з мініфлебектомією є радикальним, ефективним і малотравматичним способом усунення патологічного вено-венозного рефлюксу, що призводить до підвищення якості життя, має гарний косметичний ефект, та може являтися альтернативою відкритих хірургічних втручань.

ЕНДОСКОПІЧНА ПАПІЛОСФІНКТЕРОТОМІЯ У ХВОРИХ ЗІ ЗМІНЕНОЮ АНАТОМІЄЮ КИШЕЧНИКУ

Лазунько Т.І., І медичний факультет, 6 курс
(наук. кер. к.мед.н. Стешенко А.О.)

Вступ. Ендоскопічна папілосфінктеротомія (ЕПСТ) у пацієнтів після резекції шлунку за методикою Білльрот II відповідає 5 рівню складності (максимального) відповідно Градації ступеню складності ЕПСТ Американського товариства шлунково-кишкової ендоскопії (засідання 2011 року).

Мета дослідження: Розглянути клінічний випадок з виконанням ЕПСТ та визначити тактику ендоскопічного ведення таких пацієнтів.

Матеріали та методи. Було розглянуто наступний клінічний випадок. У хірургічне відділення клініки «ВІТАЦЕНТР» була госпіталізована жінка, 78 років, зі скаргами на біль в правій підреберній та епігастральній ділянці, який іррадіює в праву поперекову ділянку, на пожовтіння шкіряних покривів та склер, світлий колір стільця та потемніння сечі, підвищення температури тіла до 38,5°C. З анамнезу виявлено, що зазначені вище симптоми виникли близько 3 днів тому, у зв'язку з чим хвора самостійно пройшла ультразвукове дослідження органів черевної порожнини (УЗД ОЧП), за результатами якого було виявлено ознаки жовчно-кам'яної хвороби (ЖКХ), холедохолітіазу, механічної жовтяниці. Після дослідження самостійно звернулась до приймального відділення та була госпіталізована. При зборі анамнезу життя пацієнтка повідомила, що 20 років від тому оперована з приводу виразкової хвороби шлунку (підтверджуюча медична документації була відсутня). Під час огляду на момент надходження стан хворої середнього ступеню тяжкості, свідомість ясна, контактна, адекватна, положення активне. ІМТ 22,2. Шкірні покриви та склери іктеричні. При глибокій пальпація в епігастральній та правій підреберній ділянці відмічалися больові відчуття. Симптоми Ортнера, Кера, Мерфі - негативні. Печінка виступала з підреберного краю на 2 см, край печінки в межах фізіологічної норми. Під час обстеження були виявлені такі супутні патології: необструктивний хронічний бронхіт, стадія ремісії, мітральна недостатність II ст.