



ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ
«ЧЕЛЯБИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ
МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

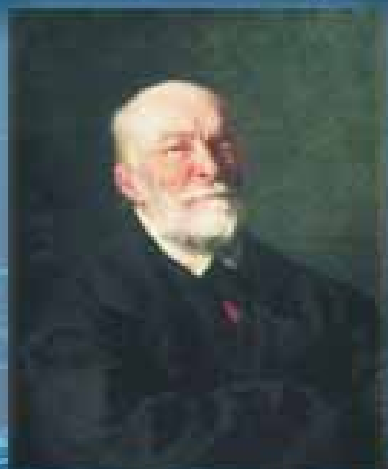
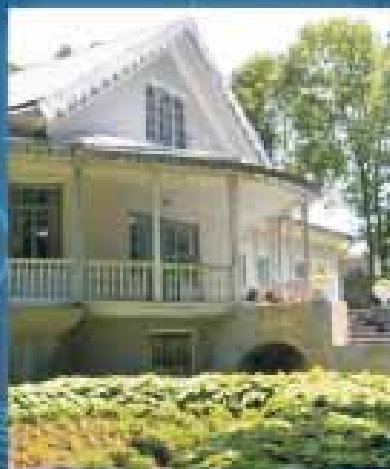
THE STATE BUDGETARY EDUCATIONAL
INSTITUTION
OF HIGHER PROFESSIONAL EDUCATION
«CHELYABINSK STATE
MEDICAL ACADEMY»
OF THE MINISTRY OF HEALTH

СОВЕТ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ
И СПЕЦИАЛИСТОВ
ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТИ

THE COUNCIL OF YOUNG SCIENTISTS
AND SPECIALISTS
OF THE CHELYABINSK REGION

Сборник научных работ II международной
научно-практической конференции
студентов и молодых ученых
«Пироговские чтения»

Collection of scientific works
of the II international scientific-practical
conference of students and young scientists
«Pirogov readings»



г. Челябинск
23 ноября 2012 года

Chelyabinsk
November 23, 2012

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ЧЕЛЯБИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

СОВЕТ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ И СПЕЦИАЛИСТОВ
ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТИ

**Сборник научных работ II международной
научно-практической конференции студентов и молодых ученых
«Пироговские чтения»**

Под редакцией профессора А.В. Чукичева

Челябинск

Издательство «Челябинская государственная медицинская академия»

2012

УДК 61(09)
ББК 5

Ответственный редактор — зав. кафедрой топографической анатомии и оперативной хирургии ГБОУ ВПО ЧелГМА Минздрава России д. м. н., профессор **А.В. Чукичев**

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Л.Ф. Телешева — проректор по научной работе и международным связям ГБОУ ВПО ЧелГМА Минздрава России, д. м. н. профессор; **И.А. Волчегорский** — проректор по учебной работе ГБОУ ВПО ЧелГМА Минздрава России, заслуженный деятель науки РФ, д. м. н., профессор; **О.В. Пешиков** — доцент кафедры топографической анатомии и оперативной хирургии ГБОУ ВПО ЧелГМА Минздрава России, к. м. н.

С 42 **Сборник** научных работ II международной научно-практической конференции студентов и молодых ученых «Пироговские чтения» / под ред. А.В. Чукичева. — Челябинск : Изд-во «Челябинская государственная медицинская академия», 2012. — 243 с.

ISBN 978-5-94507-171-1

В сборник научных работ II международной научно-практической конференции студентов и молодых ученых «Пироговские чтения» вошли результаты научных изысканий в области исторического наследия Н.И. Пирогова, нормальной и прикладной анатомии, клинической хирургии и инновационных оперативных технологий.

УДК 61(09)
ББК 5

ISBN 978-5-94507-171-1

© Коллектив авторов, 2012
© Изд-во «Челябинская государственная медицинская академия», 2012

операции прослежены в сроки от года до двух лет. Рецидивов не наблюдалось. Все работающие сохранили свою специальность. Отсутствовали послеоперационный дискомфорт, боли, парестезии. Опрос оперированных не выявил нарушений половой функции.

Выводы:

1. Усовершенствованный способ ненатяжной герниопластики по Шулдайсу (Shouldice) является надежной мерой профилактики асептического воспаления надкостницы, препятствует расхождению тканей, надежно укрепляет заднюю стенку пахового канала и позволяет улучшить отдаленные результаты лечения.

2. В зависимости от степени изменения структуры при укреплении задней стенки пахового канала по Бассини рекомендуется применять непрерывный шов, который предупреждает разволокнение апоневроза.

3. Сочетание пластики пахового канала местными тканями с применением дубликатуры сетчатого синтетического материала обеспечивает надежную механическую прочность данной области и противостоит воздействию внутрибрюшного давления. Использование усовершенствованных способов пластики позволяет избежать рецидивов паховых грыж и способствует стойкому излечению их. Методики могут быть предложены для широкого использования.

Список литературы:

1. Грубник В.В., Лосев А.А., Баязитов Н.Р., Парфентьев Р.С. Современные методы лечения брюшных грыж. — Киев: Здоровье, 2001. — С. 2–5.
2. Дерюгина, М.С. Способ лечения паховых грыж // Хирургия. — 1999. — № 12. — С. 53–54.
3. Егиев В.Н., Лядов К.В., Воскресенский П.К. Атлас оперативной хирургии грыж. — Москва: Медпрактика-М, 2003. — С. 121–122.
4. Жебровский В.В., Эльбашир Мохамед Том. Хирургия грыж живота и эвентраций. — Симферополь: Бизнес-Информ, 2002. — С. 191–192.

ВАРИАНТ ПЛАСТИКИ ПРОМЕЖИНИ ПРИ НАЯВНОСТІ КИШКОВО-ПІХОВОЇ НОРИЦІ

І.Р. Ніцович (доц., к. м. н.), О.М. Мойсик (студ.), Д.Р. Зінькевич (студ.)

Буковинський державний медичний університет
Кафедра акушерства і гінекології з курсом дитячої та підліткової гінекології

Науковий керівник: О.А. Андрієць (зав. каф., проф., д. м. н.)

Повний розрив промежини з утворенням кишково-піхвових норичь призводить до інвалідації, важких моральних переживань жінки, нерідко до розпаду сім'ї. Тому всі травми і післяпологові розриви промежини IV ступеня повинен зашивати хірург, який має досвід подібних операцій. В іншому випадку необхідне тривале протизапальне лікування норичь з подальшим проведенням реконструктивно-пластичних операцій.

Не дивлячись на те, що проведена хворій реконструктивна пластика промежини шляхом переміщення ковзаючого кишкового клаптя за Ноблем «застаріла» (запропонована Ноблем у 1902 році), даний випадок довів її актуальність.

ВАРИАНТ ПЛАСТИКИ ПРОМЕЖНОСТИ ПРИ НАЛИЧІИ КИШЕЧНО-ВЛАГАЛИЩНОГО СВИЩА

И.Р. Ницович (доц., к. м. н.), О.М. Мойсык (студ.), Д.Р. Зинькевич (студ.)

Буковинский государственный медицинский университет
Кафедра акушерства и гинекологии с курсом детской и подростковой гинекологии

Научный руководитель: О.А. Андриец (зав. каф., проф., д. м. н.)

Актуальность. Полный послеродовой разрыв промежности с образованием кишечного влагалищного свища приводит к инвалидизации, тяжелым моральным переживаниям женщины, нередко к распаду семьи. Поэтому все травмы и послеродовые разрывы промежности IV степени должен зашивать хирург, имеющий опыт подобных операций. В противном случае необходимо длительное противовоспалительное лечение с последующим проведением реконструктивно-пластических операций на промежности [1, с. 93–96; 4, с. 76–79; 5, с. 62–65].

Цель работы. Целью работы было проведение реконструктивно-пластической операции болевой со старым послеродовым разрывом промежности IV степени, после предварительного проведения санации влагалища местными антисептиками.

Материалы и методы. На оперативное лечение в гинекологическое отделение узловой клинической больницы поступила больная К. 1982 года рождения с диагнозом «старый послеродовый разрыв промежности IV степени». Разрыв произошел после проведенных родов в одной из ЦРБ области и осложненного послеродового периода, с образованием влагалищно-прямокишечного свища.

В качестве предоперационной подготовки больной проведена двухэтапная санация влагалища современными местными антисептиками. По данным литературы, предложенный комплекс терапии проявил высокую эффективность при лечении инфекционных воспалительных заболеваний влагалища [2, с. 78–81; 3, с. 53–55].

Больной была проведена операция — реконструкция промежности путем перемещения скользящего кишечного лоскута по Ноблю. Этот способ описали Нобль (Noble, 1902) и Менгерт и Фиш (Mengert and Fish, 1955). Применение его показано при разрывах ануса и прямой кишки длиной всего несколько сантиметров [6, с. 568–572].

Результаты исследования. Ход проведенной реконструктивно-пластической операции. Больная на операционном столе находится в литотомическом положении. На мягкие ткани по бокам, на 2 см выше места формирования задней спайки половых губ накладываем зажимы Алиса. Третий зажим накладываем по средней линии, несколько выше верхнего края дефекта промежности. При разведении боковых зажимов виден гребень рубцовой измененных тканей, который представляет собой границу между просветом влагалища и прямой кишки. Этот гребень рассекают с помощью скальпеля. Процесс рассечения можно облегчить, если предварительно инфильтрировать ткани физиологическим раствором. На рассеченные края (заднюю стенку влагалища и переднюю стенку прямой кишки) накладываем зажимы Алиса, отделяем их друг от друга достаточно широко по бокам и в проксимальном направлении. Рассечение тканей проводят ближе к слизистой влагалища для предупреждения повреждения прямой кишки. При таком рассечении тканей находим концы поврежденного анального сфинктера на которые накладываем зажимы Алиса, подтягивая их кпереди.

Анальный канал реконструируем после полного удаления рубцовой измененных тканей и «освежения» рассеченных краев слизистой влагалища и прямой кишки. Стенку прямой кишки зашиваем узловыми (дексон, синтил) швами, которыми захватывают все слои стенки, за исключением слизистой.

Для идеального сопоставления краев слизистую оболочку следует предварительно вернуть в просвет прямой кишки. Следующий слой узловых швов накладываем поверх первого и продолжаем несколько дальше вверх от первого.

Следующим этапом проводим реконструкцию сфинктера. Зажимами Алиса подтягивают кпереди концы сфинктера. Их сопоставляют с помощью восьмиобразного шва, захватывая соединительную ткань, которая окружает сфинктер и перимизий. Введенным в просвет прямой кишки указательным пальцем определяем эффективность наложения швов.

В дальнейшем пучки леваторов и остатки поперечной мышцы промежности сопоставляем узловыми швами.

На завершающем этапе операции проводят пластику промежности. Слизистую влагалища и кожу промежности зашивают вблизи наружного кольца заднего прохода. Низведенную стенку прямой кишки узловыми швами по дуге фиксируют к коже промежности.

Послеоперационный период и заживление раны проходило без осложнений. На 10-е сутки после операции больная выписана домой. Стул и газы удерживает.

Выводы. Несмотря на то, что проведенная больной реконструктивная пластика промежности путем перемещения скользящего кишечного лоскута по Ноблю «устарела» (предложена Ноблем в 1902 году), данный случай доказал ее актуальность. Отсутствие инфекции обеспечили надлежащая предоперационная подготовка и послеоперационный уход.

Для исключения в дальнейшем послеродовых влагалищно-прямокишечных свищей все травмы и послеродовые разрывы промежности IV степени должен зашивать хирург, имеющий опыт подобных операций.

Список литературы:

1. Барановська, Г.А. Сучасні клініко-лабораторні особливості неспецифічних інфекційних захворювань піхви / Г.А. Барановська, Ю.П. Вдовиченко // Педіатрія, акушерство та гінекологія.— 2011. — Т. 73, № 5. — С. 93–96.

2. Радзинский, В.Е. Двухэтапная терапия вагинальных инфекций / В.Е. Радзинский, И.М. Ордянец, Э.С. Четвертакова, О.А. Мисуно // Акушерство и гинекология. — 2011. — № 5. — С. 78–81.
3. Радзинский, В.Е. Профилактика послеоперационных осложнений у женщин с дисбиозом влагалища / В.Е. Радзинский, И.М. Ордянец, А.Р. Арушанян // Акушерство и гинекология. — 2008. — № 5. — С. 53–55.
4. Стрижаков, А.Н. Профилактика и превентивная терапия инфекционно-воспалительных осложнений внутриматочной хирургии / А.Н. Стрижаков, А.И. Давыдов, П.В. Буданов // Гинекология. — 2005. — № 4. — С. 76–79.
5. Тихомиров А.Л., Олейник Ч.Г. Бактериальный вагиноз: некоторые аспекты этиологии, патогенеза, клиники, диагностики и лечения / А.Л. Тихомиров, Ч.Г. Олейник // Гинекология. — 2004. — Т. 6, № 2. — С. 62–65.
6. Хирш, Х.А. Оперативная гинекология. Атлас / Хирш Х.А., Кезер О., Икле Ф.А.; пер. с англ. Под ред. В.И. Кулакова, И.В. Федорова. — М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. — С. 568–572.

МЕТОД ЭНДОВЕНОЗНОЙ ЛАЗЕРНОЙ КОАГУЛЯЦИИ ПОДКОЖНЫХ ВЕН В ЛЕЧЕНИИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Ю.В. Савчук (студ.), Е.С. Спиридонов (студ.)

Белорусский государственный медицинский университет
1-я кафедра хирургических болезней

Научный руководитель: Н.Н. Чур (проф., д. м. н.)

Актуальность. В настоящее время самой частой сосудистой патологией является варикозная болезнь вен нижних конечностей (ВБВНК), для которой характерны рост числа заболевших и тенденция к возникновению заболевания у лиц молодого возраста. Разнообразные проявления этого заболевания и его осложнений органического, функционального и эстетического характера существенно снижают трудоспособность и ухудшают качество жизни.

В основе лечения гемодинамических нарушений при ВБВНК лежит устранение патологических рефлюксов тока крови (горизонтального и вертикального) и выключение из кровотока патологически измененных участков венозной системы нижних конечностей. С этой целью обычно применяются хирургические вмешательства [1–3]. В настоящее время наряду с традиционными хирургическими операциями в лечении ВБВНК все чаще используются малоинвазивные методы, к которым относятся: различные варианты флебосклерозирования, криоэкстракция вен, радиочастотная и лазерная коагуляция. Помимо высокой эффективности, сопоставимой с результатами хирургического лечения, несомненными преимуществами этих методик являются меньшая травматичность, возможность выполнения в амбулаторных условиях и хороший эстетический результат [4]. Эндовенозная лазерная коагуляция (ЭВЛК) — метод облитерации магистральных подкожных вен путем внутрисосудистого термического воздействия лазерным излучением — применяется в клинической практике в течение последних десяти лет [5]. Целью ЭВЛК является фиброзная трансформация вен, приводящая к стойкому выключению их из патологического кровотока. Для первых аппаратов с длиной волны 0,81 мкм, применявшихся для эндовенозной коагуляции в самом конце прошлого века, хромофором-мишенью являлся оксигемоглобин. Выделяющееся при поглощении лазерной энергии внутри сосуда тепло приводило к локальному «кипению» крови с образованием пузырьков пара, которые в свою очередь осуществляли термическое повреждение венозной стенки, начиная с эндотелия. Повреждение внутренних слоев стенки вены обеспечивало условия для формирования окклюзионного фиксированного протяженного тромба с последующим фиброзным перерождением вены и прекращением патологического кровотока. Это так называемые гемоглобиновые или Н-лазеры. В настоящее время все большее распространение получают лазерные аппараты с длиной волны 1,56 мкм — W-лазеры (водные), при которых основное воздействие излучения приходится на водную составляющую стенки вен.

Цель исследования заключалась в оценке клинической эффективности и экономической целесообразности метода лазерной коагуляции подкожных вен нижних конечностей при лечении ВБВНК.

Материалы и методы исследования. Проведен статистический анализ хирургического лечения 139 пациентов с варикозной болезнью нижних конечностей, находившихся на лечении в плановом хирургическом отделении УЗ «10-я ГКБ г. Минска» с апреля 2011 года по март 2012 года. Операции выполнялись с применением лазерных технологий. Использовался аппарат «Медио-