

допомогою універсального лазерного коагулятора «ЛІКА-ХІРУРГ», частота хвилі 1470 нм, потужність 10 Вт, режими (постійний та імпульсний), світловод – радіальний. З метою захисту навколишніх тканин від пошкодження термічним впливом лазерного випромінювання, проводили під тумесцентною анестезією. Ефективність лікування оцінювали з урахуванням об'єктивних та суб'єктивних даних.

Результати дослідження. Виявлено задовільний результат при кожному з методів операційної тактики лікування ВХ. За результатами дослідження встановлено, що у пацієнтів, яким виконано ендovenозну лазерну коагуляцію (ЕВЛК) з використанням діодного світловоду, больовий синдром триває в середньому на 60% менше, ніж у пацієнтів, які були прооперовані за методикою класичного стріпінгу. Перебування у стаціонарі контрольної групи в середньому більш тривале на 20%, ніж у основної групи. А також, зменшення кількості гематом, кращі естетичні результати, більш короткий період післяопераційного відновлення – спостерігались саме у пацієнтів після ЕВЛК.

Висновок. Проаналізувавши показники, які були вказані вище, ми визначили, що післяопераційний період у пацієнтів, яким була проведена венектомія за методом ЕВЛК, проходив значно краще, ніж у пацієнтів, яким була проведена венектомія за методом класичного стріпінгу.

Дивлячись на вищевказані показники, в сучасних умовах пацієнтам з варикозним розширенням поверхневих вен рекомендована венектомія за методом ЕВЛК.

### **ФУНКЦІОНАЛЬНЕ ЛІКУВАННЯ ГЕРОНТОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ З ПЕРЕЛОМАМИ ПРОКСИМАЛЬНОГО ВІДДІЛУ СТЕГНА**

*Халява В., Кравченко О., Коваленко І., Шеванов Б., Балко О., Ільченко Н.*

**Науковий керівник: доцент Павленко С.М.**

Кафедра хірургії №3

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Частота переломів стегнової кістки в усьому світі сягає приблизно 15-45% у структурі всіх зафіксованих переломів. Переломи стегнової кістки, особливо її проксимального відділу, є найбільш складними за медико-соціальними та іншими наслідками серед переломів кісток нижньої кінцівки.

За даними літератури, значення реабілітаційного періоду після оперативного лікування переломів стегнової кістки для отримання позитивного результату складає до 60%. Вирішальну роль має

комплексний підхід до післяопераційного відновлення при врахуванні усіх можливих модифікуючих факторів.

**Мета.** Дослідити особливості функціонального режиму лікування хворих з переломами проксимального відділу стегна у післяопераційному періоді.

**Методи дослідження.** Досліджено результати лікування 44 хворих, що оперовані з приводу перелому проксимального відділу стегнової кістки. Середній вік пацієнтів становив 72,4 роки, переважали жінки (77,3%).

До груп порівняння відносили пацієнтів з переломами шийки стегнової кістки, яким було виконано ендопротезування кульшового суглобу – I група (12 пацієнтів) та з переломами вертлюгової ділянки, яким виконано інтрамедулярний блокований остеосинтез стегнової кістки – II група (32 пацієнта). Оцінка післяопераційного болю проводилась за візуально-аналоговою шкалою (ВАШ). Ступінь функціональної активності оцінювали за шкалою Fracture Mobility Score.

**Основні результати.** На фоні адекватного післяопераційного знеболення показники оцінки болю за ВАШ в обох клінічних групах практично не відрізнялись і дорівнювали близько 3 балів. Більшість пацієнтів сідали на 1 добу, вертикалізувались на 3 добу після операції.

У залежності від моделі протезу чи типу блокування при остеосинтезі 91% хворих мали можливість дозованого навантаження на оперовану кінцівку ще в умовах стаціонару. До зняття швів 70% пересувались по палаті за допомогою ходунків. Термін перебування у стаціонарі у першій та другій клінічних групах склав 12,2 та 12,6 ліжкоднів відповідно. На момент виписки результати лікування у 100% хворих були оцінені як добрі та відмінні.

**Висновки.** Методика функціонального післяопераційного лікування обирається з урахуванням локалізації та типу перелому, виду проведеного хірургічного втручання та соматичного статусу пацієнта. Функціональні можливості пацієнтів після ендопротезування медіальних переломів практично не відрізняються від результатів лікування латеральних переломів методом блокуючого інтрамедулярного остеосинтезу.