

ультразвуковое исследование и компьютерная томография, позволяющие с высокой точностью визуализировать патологию и контролировать в динамике результаты оперативного лечения. 2) Абсолютным показанием к хирургическому лечению являются прогрессивно увеличивающиеся в размерах псевдокисты, с высоким риском развития осложнений (нагноение, кровотечение, компрессия соседних органов). 3) Наружное чрескожное пункционное дренирование псевдокист поджелудочной железы под ультразвуковым контролем показано при: наличии безопасного акустического окна, отсутствии связи псевдокисты с протоковой системой поджелудочной железы, диаметре полости псевдокисты, превышающем 60 мм с толщиной стенки не менее 3-4 мм, наличии тяжелой сопутствующей патологии и высокого операционно-анестезиологического риска (III-IV класс по ASA). 4) Дифференцированный подход к выбору метода лечения псевдокист поджелудочной железы, с учетом возможности чрескожного наружного пункционного дренирования под ультразвуковым контролем, позволяет достичь отличных и хороших результатов у 94,4 % пациентов.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ ЭМБОЛИЗАЦИИ ИНТРАКРАНИАЛЬНЫХ АНЕВРИЗМ С РАЗЛИЧНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ

Полковников А.Ю., Капертехов А.А.

Научный руководитель: проф. Перцов В.И.

Запорожский государственный медицинский университет

Кафедра медицины катастроф и военной медицины

Цереброваскулярные заболевания занимают третье место в структуре причин общей смертности. Субарахноидальное кровоизлияние ассоциированное с разрывом интракраниальных аневризм занимает особое место среди различных видов цереброваскулярной патологии, ввиду высокой смертности и грубой инвалидизации пациентов, чаще всего молодого и среднего возраста. Частота субарахноидального кровоизлияния в Украине 10-12 человек на 100 тыс. населения в год. До 75 % среди последних вызваны разрывом интракраниальных аневризм. С развитием в последние десятилетия эндоваскулярных технологий все чаще предпочтение отдают малоинвазивной хирургии. Увеличение количества операций и накопление опыта, позволяет выявлять недостатки характерные для эндоваскулярных операций. Последние связаны с реканализацией аневризм, рецидивами кровоизлияний из эмболизированных аневризм, особенностями анатомического строения МАГ и «материнских» артерий, кровотечением из места пункции бедренной артерии.

Цель работы: анализ отдаленных результатов хирургического лечения пациентов с интракраниальными аневризмами, при использовании рентгенэндоваскулярной технологии.

Материалы и методы: проанализированы результаты хирургического лечения 50-ти пациентов с интракраниальными аневризмами оперированных в нейрохирургическом отделении КУ «ЗОКБ» ЗОР в период 2012-2013 г.г. с применением отделяемых спиралей. Все пациенты прошли стандартное ангиографическое послеоперационное обследование: оперированные в острейшем и остром периодах кровоизлияния через 3 мес. и 1 год после операции, оперированные по поводу аневризм без разрыва через 6-ть мес. после операции. Верификацию источника кровоизлияния и послеоперационный контроль качества окклюзии аневризмы проводили на ангиографическом комплексе Siemens Axiom Artis MP.

Во всех наблюдениях для первичной нейровизуализации использовали КТ Toshiba Asteion Super4, контрольное обследование проводили на МРТ Hitachi Airis Mate 0,2T. Все операции согласно протоколу, были выполнены на фоне гепаринизации по схеме 10 000 ЕД гепарина в первый час вмешательства и 5 000 ЕД в каждый следующий час.

Результаты: В большинстве наблюдений (96%), аневризмы располагались в бассейне ВСА, и в двух случаях в ВББ. Мешотчатых аневризм развилки ПМА ПСА было 64%, ВСА 24%, СМА 8%. Множественные аневризмы отмечены в 4-х случаях (8%).

Разрыв аневризмы в 24 наблюдениях (48%) проявился изолированным субарахноидальным кровоизлиянием, в 23 (46%) субарахноидальным кровоизлиянием с паренхиматозным или вентрикулярным компонентом. Степень тяжести кровоизлияния по шкале Hunt-Hess: I - 20%, II - 56% (28) наблюдений, III - 10%, IV - 8%, V - 6%. 9 пациентов (18 %) оперированы на фоне выраженного ангиоспазма, потребовавшего проведения фармакопластики. Технические сложности связанные с анатомией (патологическая извитость) ВСА отмечены в 10% (5) наблюдений. В одном наблюдении при эмболизации аневризмы ВСА с широкой шейкой применен протекционный стент. В 3 наблюдениях (6%) оперированы пациенты с неразорвавшимися аневризмами. Причем в двух случаях

заболевание проявилось офтальмоплегией на стороне поражения, в одном цефалгическом синдромом.

Анализ контрольного ангиографического обследования через 3 месяца выявил в одном случае (2%) частичную реканализацию полости аневризмы, что потребовало повторного оперативного вмешательства. Во всех остальных (90%) наблюдениях отмечена тотальная – 80% (40 случаев) и 10% субтотальная, с «остаточной» шейкой, окклюзия аневризм. Обследование через 6-ть мес. показало тотальную окклюзию аневризм офтальмического сегмента ВСА с уменьшением объемного воздействия последних и регресс неврологической симптоматики. В одном из наблюдений отмечено появление аневризмы противоположной ВСА, «de novo», через 2 года после операции, выявленное при МРТ в ангиорежиме. Повторных кровоизлияний за истекший период не отмечено.

В 8% (4 наблюдения) отмечен летальный исход. Тяжесть кровоизлияния в данных случаях IV-V степени по Hunt-Hess. В половине наблюдений операции проведены после повторных аневризматических кровоизлияний. Тяжесть состояния была обусловлена как церебральной патологией, так и развитием полиорганной недостаточности.

Выводы: 1. Эндоваскулярная эмболизация интракраниальных артериальных аневризм - высокоэффективный метод профилактики повторного кровоизлияния с высокой радикальностью. 2. Соблюдение стандартов контрольного обследования в отдаленном послеоперационном периоде позволяет предупредить развитие возможных осложнений. При выявлении реканализации показано повторное оперативное вмешательство направленное на максимально радикальную окклюзию артериальной аневризмы с последующим ангиографическим контролем в стандартные сроки. 3. Тяжесть кровоизлияния IV-V степени по Hunt-Hess является предиктором неблагоприятного исхода. Хирургическое лечение разорвавшихся интракраниальных артериальных аневризм необходимо проводить в максимально ранние сроки кровоизлияния, до развития ангиоспазма и соматической декомпенсации.

ОСОБЕННОСТИ ПОСЛЕОЖОГОВЫХ СТРИКТУР ПИЩЕВОДА (ПОСП), ДИАГНОСТИКА И МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

Кечеджиев В.В., Давыгора Л.О., Богун М.Ю.

Научный руководитель: асс. Киосов А.М.

Запорожский государственный медицинский университет

Кафедра факультетской хирургии

Актуальность: Рубцовые сужения пищевода, развившиеся в результате химических ожогов, относятся к числу тяжелых осложнений, приводящие к значительным нарушениям гомеостаза больных, выражающегося в расстройствах водно-электролитного, жирового, белкового, витаминного и других балансов, и заканчивающиеся нередко алиментарной дистрофией.

Цель: Улучшение результатов лечения больных с послеожоговыми стриктурами пищевода путем усовершенствования методов баллонной дилатационной терапии и консервативного лечения.

Материалы и методы. Баллонная дилатация проведена у 10 пациентов с ПОСП. Мужчин было 6, женщин – 4, возраст от 20 до 60 лет. Для баллонной дилатации применялись сосудистые баллонные катетеры, все процедуры дилатации производились под визуальным эндоскопическим контролем с использованием видеоэндоскопического процессора и видеоэндоскопа. Рентгенологическая диагностика проводилась до эндоскопической дилатации для выявления протяженности стриктуры, её центричности и эксцентричности.

Результаты и обсуждение. Дилатацию пищеводных стриктур удалось провести практически у всех больных, применяя баллонные сосудистые катетеры длиной 8 см. Предложена визуальная оценка чувствительности стриктур, в основе которой - комбинированный метод баллонной дилатации: пневмодилатация выполняется при эластичности и хорошей податливости стриктур (на основе положительных результатах отдавалось предпочтение данному методу) с постепенным переходом на гидродилатацию при неэффективности пневмодилатации. Не было ни одного случая перфорации пищевода, что определяет процедуру баллонной дилатации как достаточно безопасную при лечении ПОСП.

Больных с III степенью дисфагии до дилатации было 3, II - 5, I – 2. Уже после первой попытки дилатации удалось достигнуть таких результатов: III степень дисфагии - не было, II степень – у 3 больных, I степень - у 6, 0 - у 1. У пациентов появлялась или значительно улучшалась возможность питания через рот.

Выводы. 1. Лечение рубцовых стриктур пищевода следует начинать с эндоскопических методов, которые в большинстве случаев позволяют восстановить проходимость верхнего отдела