

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

желудочно-кишечного тракта. 2. Успех лечения напрямую связан с соблюдением принципов последовательности и постепенности, что позволяет минимизировать количество осложнений.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ЛОДЫЖЕК С ПОВРЕЖДЕНИЕМ МЕЖБЕРЦОВОГО СИНДЕСМОЗА.

Кожемяка М.А, Масленников С.О.

Научный руководитель: проф. Головаха М.Л.

Запорожский государственный медицинский университет

Кафедра травматологии и ортопедии

Актуальность и цель исследования. Лечение переломов области голеностопного сустава является актуальной проблемой травматологии, что обусловлено тяжестью травмы, возможными последствиями и достаточной частотой возникновения. Одними из самых тяжелых травм области голеностопного сустава являются переломы лодыжек с повреждением элементов межберцового синдесмоза. Одним из важнейших звеньев, обеспечивающих благоприятные анатомо-функциональные результаты лечения таких травм, является фиксация наружной лодыжки в вырезке большеберцовой кости, которая была бы максимально приближена по своим характеристикам к неповрежденному межберцовому синдесмозу. Возможным вариантом решения может быть использование наkostной блокирующей пластины для остеосинтеза перелома латеральной лодыжки и фиксация синдесмоза с помощью напряженных петель.

Материалы и методы. Нами были исследованы ближайшие результаты хирургического лечения переломов лодыжек, ослабленных повреждением межберцового синдесмоза у 80 пациентов. Все пациенты были разделены на две группы: 56 пациентов, которым проводилась фиксация по методике АО, 24 пациента, которым проведена фиксация предизогнутой фигурной пластиной с полиаксиальной стабильностью винтов оригинальной конструкции и напряженной петлей. Оценка результатов проводили через 3, 6 и 12 месяцев с момента операции. Использовали шкалы AOFAS и Olerud-Molander. Субъективные критерии оценивали методом анонимного индивидуального анкетирования. Проводили базометрический контроль восстановления опороспособности нижних конечностей при помощи программно-аппаратного комплекса «Базометр». Статистическую и графическую обработку данных проводили с помощью пакета программ Microsoft Office Excel 2013 и Statistica 8.0© StatSoftInc.

Полученный результаты. Средние значения по шкале AOFAS и Olerud-Molander были достоверно лучше в группе, где выполнялась динамическая фиксация синдесмоза с помощью напряженной петли по сравнению с больными, которым проводилась фиксация синдесмоза винтом. Среднее значение времени возвращения к работе было достоверно меньше ($p < 0,05$) в группе динамической фиксации напряженной петлей по отношению к фиксации позиционным винтом. Средние значения опороспособности больной ноги в случае фиксации напряженной петлей оставались достоверно лучше, чем опороспособность поврежденной ноги в группе с фиксацией по методике АО ($p \leq 0,05$) через 3, 6 и 12 мес., хотя и с несколько меньшей разницей средних значений.

Выводы. Оценка результатов использования динамической фиксации с применением напряженных петель в сочетании с оригинальными пластинами с угловой стабильностью винтов доказала, что данный способ лечения имеет высокую клиническую эффективность, позволяет проводить анатомическую репозицию и стабильную фиксацию поврежденных структур, минимизирует возможность появления таких осложнений, как потеря репозиции, миграция и перелом фиксаторов, является более экономически эффективным в связи с сокращением сроков нетрудоспособности.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ВЫБОРУ МЕТОДА ЭНДСКОПИЧЕСКОГО ТРАНСПАПИЛЛЯРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Колесников А.Ю.

Научный руководитель: асс. Стешенко А.А.

Запорожский государственный медицинский университет

Кафедра факультетской хирургии

Цель исследования. Оценка эффективности алгоритма дифференцированного подхода к выбору метода эндоскопической папиллосфинктеротомии

Материалы и методы. В исследование включен 51 больной, которому выполнялись эндоскопические транспапиллярные вмешательства в клинике факультетской хирургии на базе