

## РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ НОВОГО ДРЕНАЖНОГО УСТРОЙСТВА В ХИРУРГИИ ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМЫ

Мартынов Д.В.

Научный руководитель: проф. Завгородняя Н.Г., Саржевская Л.Э., Костровская Е.О.  
Запорожский государственный медицинский университет  
Кафедра офтальмологии

**Цель работы.** Повышение эффективности хирургического лечения первичной открытоугольной глаукомы с помощью нового дренажного устройства.

**Материалы и методы.** Были проанализированы результаты хирургического лечения 60 пациентов (60 глаз). Средний возраст пациентов составил  $65,0 \pm 2,5$  лет. В 36 случаях выполнялась непроникающая глубокая склерэктомия (НГСЭ), в 24 случаях - операции проникающего типа. Всем пациентам во время операции после формирования нового пути оттока, под поверхностный склеральный лоскут был имплантирован титановый дренаж, фиксированный узловыми швами к склере. Срок наблюдения составил не менее 1 месяца, в 20 случаях он достиг 6 месяцев после операции.

**Полученные результаты.** Компенсация глаукомного процесса в течение месяца после операции была достигнута у 100% пациентов. Уровень внутриглазного давления (ВГД) и коэффициента легкости оттока (КЛО) до и через 1 месяц после хирургического лечения в среднем составили  $35,0 \pm 2,4$  мм рт.ст. и  $16,5 \pm 1,2$  мм рт.ст.; и  $0,057 \pm 0,008$  мм<sup>3</sup>/мин и  $0,222 \pm 0,014$  мм<sup>3</sup>/мин соответственно. Через 6 месяцев после операции функционирование новых путей оттока сохранялось у всех обследованных. Компенсация ВГД без применения инстилляционной терапии была у 15% пациентов. У остальных 85% компенсации удалось достичь на стандартном режиме (не более 2 инстилляций в день).

**Выводы.** Применение нового дренажного устройства способствует нормализации ВГД и показателей тонографии, открывая новые возможности в микрохирургии глаукомы. Необходимо дальнейшее наблюдение за отдаленными результатами компенсации глаукомного процесса у данных пациентов.

## ИЗУЧЕНИЕ СТЕПЕНИ ИНТЕГРАЦИИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ В ЭЛЕМЕНТЫ ИЗ УГЛЕРОД-УГЛЕРОДНОГО КОМПОЗИТНОГО МАТЕРИАЛА С ЦЕЛЬЮ ИХ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ В РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ТРАВМАТОЛОГИИ

Масленников С.О.

Научный руководитель: доц. Черный В.Н., проф. Головаха М.Л., доц. Григорьева Е.А.  
Запорожский государственный медицинский университет  
Кафедра травматологии и ортопедии

**Актуальность и цель исследования.** Пациенты после ампутации конечности, сталкиваются с множеством трудностей при передвижении, включая сложности с подгонкой гильзы и утомляемостью из-за больших затрат энергии. Бедренный эндо-экзопротез позволяет избежать проблем, возникающих на границе между гильзой и гнездом протеза с одной стороны и мягкими тканями культи с другой, что часто препятствует гармоничной походке. С помощью гистоморфологических исследований оценить биосовместимость углерод-углеродного композитного материала с мягкими тканями при его имплантации лабораторным животным

**Материалы и методы.** На базе кафедры травматологии и ортопедии прооперировано 8 крыс. Операцию на животных проводили под общим эфирным наркозом, выполняли экзартикуляцию голеностопного сустава. В костномозговой канал большеберцовой кости имплантировали графитовый стержень, наружный конец которого проходил через мягкие ткани с выходом через кожу наружу. Рана послойно ушита. Также всем крысам образцы УУКМ были имплантированы подкожно и внутримышечно. Гистологические материалы фиксировали в нейтральном формалине, окрашивали гематоксилин, эозином. Микроскопический анализ гистологических препаратов проводили при световой микроскопии на микроскопе БИОЛАМ (ЛОМО). Для фотодокументации использовали цифровую видеокамеру Epson.

**Полученные результаты.** Через 6 месяцев после имплантации определяется замещение мышечной ткани соединительной и жировой. Фрагменты графита расположены диффузно преимущественно в соединительной ткани пери- и эндомизия, перивазально. Стенки кровеносных сосудов утолщены. определяются расширенные перивазальные пространства. В дерме фрагменты графита расположены диффузно, в волосных фолликулах, перивазально. Признаков локального

воспаления вокруг фрагментов графита не выявлено. Имеет место фиброз ткани, что проявляется преобладанием волокон, уменьшением доли межклеточного вещества.

**Выводы.** Проведенный морфологический анализ реактивности мягких тканей крыс после имплантации графита указывает на биологическую инертность исследуемого углеродсодержащего материала и высокую интегративную способность. УУКМ может быть использован как несущая конструкция опорно - двигательной системы при эндо-экзопротезировании.

## **ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ИНТЕРВЕНЦИЙ У БОЛЬНЫХ С ОККЛЮЗИЕЙ БЕДРЕННО-ПОДКОЛЕННО-БЕРЦОВОГО СЕГМЕНТА**

Волошин А.Н., Мачуский С.Н.

Научный руководитель: проф. Губка В.А., к.мед.н. Волошин А.Н.

Запорожский государственный медицинский университет

Кафедра госпитальной хирургии

На протяжении последнего десятилетия неуклонно возрос перечень показаний к эндоваскулярному лечению пациентов с бедренно – подколенно-берцовыми окклюзиями, поскольку данные последних клинических исследований показали возможность реканализации даже самых сложных атеросклеротических поражений. В то же время, количество рестенозов после имплантации стентов в бедренно-подколенную позицию остается достаточно высоким. Поэтому, несмотря на большой мировой опыт в лечении пациентов с ХИНК, поиск наилучшего метода лечения не прекращается и по сей день.

**Цель исследования** – оценить результаты эндоваскулярных интервенций у больных с окклюзией бедренно-подколенно-берцового сегмента (БПБС).

**Материалы и методы.** В работе представлен проспективный анализ результатов ЧБА у 37 пациентов с окклюзией БПБС, находившихся на лечении в Запорожском областном центре сосудистой и эндоваскулярной хирургии в период с октября 2013г. по март 2016г. По классификации TASC 2 у большинства пациентов был А и С тип поражения, у девяти больных - окклюзия ПБА на протяжении более чем 15 см. У большинства больных использовался антеградный трансфеморальный доступ, 6 случаев требовали ретроградного доступа через контрлатеральную сторону, с целью одноэтапной коррекции аорто-подвздошного сегмента. Интраоперационно проводилась системная гепаринизация - 10000 ЕД гепарина. Для прохождения стено-окклюзионного участка использовались 0.018 и 0.014 жесткие гидрофильные проводники, поддерживающие катетеры 4F и баллонные катетеры. С целью ангиопластики в 15 случаях использовались баллоны с лекарственным покрытием, в остальных случаях применяли баллоны без покрытия, в момент ангиопластики внутриартериально вводили Тиотриазолин 2,5% 4 мл. В послеоперационном периоде больные принимали «двойную» дезагрегантную терапию (Аспирин 100 мг + Клопидогрель 75 мг) и Розувастатин 20 мг. Оценивали лечение на основании клинических данных, измерения дистанции безболевого ходьбы и показателей ультразвукового дуплексного сканирования с измерением градиента давления и лодыжечно-плечевого индекса (ЛПИ).

**Результаты.** Оценивая полученные результаты, у всех больных удалось восстановить проходимость БПБС, используя эндоваскулярные интервенции. В 4-х случаях (10,8%) после ЧБА было отмечена гемодинамически значимая диссекция бедренной артерий, требующая имплантации самораскрывающегося стента. 1 случай кровотечения из места пункции, потребовал хирургического ушивания места пункции БА. Оценивая непосредственные результаты лечения - у всех больных удалось сохранить нижнюю конечность у большинства наблюдалась положительная клиническая динамика. У 7 пациентов с исходной 4 ст.ХИНК через 3 месяца после ЧБА, полностью зажили трофические язвы. У 15 больных с исходной 3 ст.ХИНК отмечено увеличение дистанции безболевого ходьбы в среднем до 300 м. В 10 случаях после ЧБА бедренных артерий удалось полностью элиминировать болевой синдром. Показатели ЛПИ в покое в среднем увеличились на 63,8%, с исходного 0,47 до 0,77, у всех больных отмечена нормализация градиента давления в зоне ангиопластики более 1.2. Средний срок пребывания больных в стационаре составил  $8 \pm 2$  суток.

**Выводы:** 1. Эндоваскулярные интервенции являются эффективными и безопасными методами лечения пациентов с окклюзиями БПБС. 2. Применение изолированной баллонной ангиопластики при окклюзиях БПБС позволяет добиться нормализации градиента давления в 90% случаев, и достигнуть прироста ЛПИ на 64%.