

Лечебная лапаротомия осуществлена у 47,4% пациентов и лечебная минилапароскопия, при наличии асептического панкреонекроза - у 31,6%. 3. Диагностическая ценность минилапароскопии 100%, уменьшена травматичность, отсутствовали осложнения, высокий косметический эффект.

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ПОШКОДЖЕНЬ ДИСТАЛЬНОГО МІЖГОМІЛКОВОГО СИНДЕСМОЗУ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КІСТОЧОК

Криворучко Є.А., Кожем'яка М.О.

Науковий керівник: проф. Головаха М.Л.

Запорізький державний медичний університет,

Кафедра травматології та ортопедії

Мета дослідження: поліпшення результатів хірургічного лікування хворих з пошкодженням дистального міжгомількового синдесмозу при переломах кісточок шляхом експериментального і клінічного обґрунтування нової методики оперативного лікування. Матеріали і методи: Нами були вивчені найближчі результати хірургічного лікування хворих з переломами кісточок типу В (за класифікацією АО) у 44 хворих, що знаходилися на лікуванні у травматологічному відділенні КУ "ЗОКЛ" ЗОР у період з 2013 по 2014. В основній групі у 20 пацієнтів проводилося хірургічне лікування переломів кісточок з пошкодженням міжгомількового синдесмозу: відкрита репозиція перелому зовнішньої кісточки з послідуною фіксацією преформованою фігурною накістковою пластиною з поліаксальною стабільністю гвинтів оригінальної конструкції і 3,5мм блокованими гвинтами. На рівні 2см над дистальною суглобовою поверхнею великогомілкової кістки, через спеціальні отвори в пластині формували кістковий канал через всі кортикальні шари малоомілкової і великогомілкової кістки в напрямку ззаду наперед під кутом 300 паралельно дистальній суглобовій поверхні великогомілкової кістки. Плетену синтетичну нитку, №5 (Fiber Wire® Arthrex) проводили двічі через отвори в овальній металевій пластинці. В контрольній групі у 24 хворих проводили операцію при аналогічному характері перелому за методикою АО. Виконували відкриту репозицію перелому зовнішньої кісточки з наступною фіксацією 1/3 трубчатою накістковою конвенційною пластиною і 3,5мм гвинтами. На рівні 2см над міжгомільковим синдесмозом через отвори в 1/3 трубчатій пластині вводили позиційний 4,5 мм гвинт через три кортикальних шари в напрямку ззаду наперед під кутом 25-300 паралельно дистальній суглобовій поверхні великогомілкової кістки. Результати: Оцінку результатів проводили через 3, 6 і 12 міс. з моменту операції за шкалою AOFAS з максимальним значенням 100 та оцінювали рейтинг задоволеності пацієнтів через 1 рік після операції. Результати виявились кращими в основній групі (фіксація гвинтом: відмінно 27,8%, добре 38,9%, задовільно 22,20%, погано 11,10%; фіксація напруженою петлею: відмінно 38,9%, добре 50%, задовільно 11,10%). Висновки: Запропонований метод застосування напруженої петлі в комбінації з оригінальною пластиною з кутовою стабільністю гвинтів для лікування даних переломів дозволяє проводити анатомічну репозицію і стабільну фіксацію пошкоджених структур, забезпечує можливість раннього відновного лікування, мінімізує можливість втрати репозиції, міграції і перелому фіксаторів, не потребує проведення додаткового етапного хірургічного лікування, являється більш економічно ефективним в зв'язку зі скороченням строків непрацездатності.

ФАКТОРЫ РИСКА ГЕМОРАГИЧЕСКОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ ИНФАРКТА МОЗГА СУПРАТЕНТОРИАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Кузнецов А.А., Безуглая М.В.

Научный руководитель: проф. Козелкин А.А.

Запорожский государственный медицинский университет

Кафедра нервных болезней

Мозговой ишемический супратенториальный инсульт (МИСИ), сопровождающийся вторичным интраишемическим кровоизлиянием, является особенно трудным для диагностики и лечения видом инсульта. Целью исследования явилась оптимизация диагностических мероприятий у больных в острейшем периоде МИСИ на основании определения факторов риска геморрагической трансформации инфаркта мозга. Материал и методы исследования. В клинике нервных болезней ЗГМУ проведено комплексное клинико-инструментальное исследование 116 пациентов (50 мужчин и 66 женщин, средний возраст лет) в остром периоде МИСИ. Диагноз МИСИ устанавливался на основании клинико-компьютерно-томографических критериев. Первую группу составили 46 больных, у которых течение острого периода МИСИ сопровождалось развитием геморрагической трансформации инфаркта мозга (ГТИМ), вторую группу – 70 пациентов с МИСИ без ГТИМ. Группы были сопоставимы по возрасту, полу и латерализации очага поражения. Результаты и их обсуждение. Структура коморбидных заболеваний в исследуемых группах была представлена следующим образом (1-я группа/2-я группа): постоянная форма фибрилляции предсердий (ПФФП) – 34,8%/44,2%, сахарный диабет (СД) 2 типа – 17,4%/25,7%, сочетание ПФФП и СД 2 типа – 21,7%/2,85%. Установлено, что сочетание ПФФП и СД 2 типа выступает комбинированным фактором риска ГТИМ супратенториальной локализации (RR=2,41, 95% CI 1,67-3,47, p<0,001; OR=9,44, 95% CI 1,96-45,44, p<0,01). Выводы. Сочетание ПФФП и СД 2 типа ассоциировано с повышенным риском ГТИМ в остром периоде заболевания, что необходимо учитывать при