

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 $0,057 \pm 0,008$ мм³/мин и $0,222 \pm 0,014$ мм³/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 ± 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%.