

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

хирургического отделения многопрофильной больницы «ВитаЦентр». Мужчин было – 19, женщин – 32, средний возраст составил – 46 лет. При распределении пациентов по характеру заболевания у 18 больных наблюдался холедохолитиаз, у 11 - стенозирующий папиллит, у 15 – стеноз сфинктера Одди, у 2 - опухоль Клатскина, у 5 - острый билиарный панкреатит. Эндоскопические транспапиллярные вмешательства в сочетании с ЭРХПГ выполнены у 17 пациентов. При лапароскопической холецистэктомии интраоперационно выполнено 15 папиллосфинктеротомий, из них у двух - с использованием проводниковой антеградной методики. У 21 больного выполнена литоэкстракция. Все пациенты распределены на три группы, в зависимости от диаметра общего желчного протока.

В 1-ю группу включены 16 пациентов с диаметром холедоха от 4 до 6 мм, по данным УЗИ, компьютерной томографии или МРХПГ, во 2-ю группу – 14 с диаметром холедоха 7 – 10 мм, в 3-ю группу – 21 с диаметром холедоха более 10 мм. Все пациенты распределены также по наиболее часто встречающимся типам большого дуоденального сосочка, что влияет на выбор метода канюляции. При прямом типе БДС его просвет имеет прямой угол устья холедоха по отношению к плоскости слизистой ДПК и острый угол - к ходу вирсунгова протока. При S-типе БДС его просвет имеет зигзагообразный ход с острым и прямым углами по отношению к плоскости слизистой ДПК. При извитом типе БДС ход просвет папиллы не определен из-за множества складок слизистой ДПК. Этот тип сосочка считается самым сложным для канюляции.

Предложенный алгоритм выбора методики эндоскопической папиллосфинктеротомии учитывает диаметр общего желчного протока и тип большого дуоденального сосочка.

У пациентов с узким холедохом (1 группа) и прямым типе БДС рекомендовано выполнять изначально проводниковую канюляцию, а при ее неэффективности – рассекать игольчатым папиллотомом слизистую и подслизистую до 3 мм и далее переходить на двухпроводниковую технику. При S-типе сосочка ввиду его зигзагообразного просвета изначально выполнялась проводниковая катетеризация по методике Up and Over (с подъемом дистального конца папиллотома), при ее неэффективности - послойное pre-cut рассечение и двухпроводниковую методику. При извитом, самом сложном типе БДС, последовательно использовались только проводниковые типы катетеризации, а в особо сложных случаях - либо на предустановленном панкреатическом стенте, либо интраоперационно после холедохоскопии на проводнике.

У пациентов с диаметром холедоха от 7 до 10 мм (2 группа) и прямым или s-образном типах сосочков появлялась возможность выполнять изначально стандартные виды канюляции: глубокая или под прямым углом, а при их неэффективности применялись проводниковые виды либо комбинация с pre-cut рассечением. При извитом же типе сосочка тактика выбора техники канюляции не менялась и была сходна с таковой при узком холедохе. У больных с диаметром холедоха больше 10 мм изначально планировалось выполнять стандартные типы канюляции, при этом была возможность более безопасно произвести глубокую канюляцию с использованием методик Up and Over и Kissing Technique (вертикальный подъем дистального конца дуоденоскопа) и только при их неэффективности устанавливали показания к проводниковой технике. При извитом типе БДС из-за анатомической сложности использовались только проводниковые виды канюляции.

Результаты исследования. В первые сутки после эндоскопических транспапиллярных процедур у 4-х больных была клиника пост-ЭРХПГ панкреатита с клинически значимой элевацией сывороточной амилазы. У пациентов с более узким холедохом отмечался более высокий уровень амилаземии. К третьим суткам уровень сывороточной амилазы практически у всех пациентов возвращался к норме. У двух пациентов сохранялся клинически значимый подъем амилазы с клиникой тяжелого панкреатита, что составило 3,9%. Сохранялась линейная корреляционная зависимость уровня амилаземии и диаметра холедоха. При анализе зависимости уровня сывороточной амилазы, диаметра общего желчного протока и типа большого дуоденального сосочка было выявлено, что более низкий уровень а-амилазы встречается у пациентов с более широким диаметром холедоха и прямым типом сосочка. У пациентов с S-типом БДС средним и широким диаметром холедоха, встречающиеся чаще всего, имеется средний риск развития гиперамилаземии. В то же время, больные с извитым типом большого дуоденального сосочка имеют высокий риск развития гиперамилаземии не зависимо от диаметра холедоха.

Выводы. 1. Гиперамилаземия и пост-ЭРХПГ-панкреатит чаще встречаются у пациентов с “S”-типом и извитым типом БДС (Kendall's tau $b = 0,213673$ (95% CI = 0,058362 to 0,368983); $P=0,0656$) и диаметром общего желчного протока от 4 до 10 мм (Multiple linear regression: $t = -2,559721$; $P=0,0136$). 2. Разработанный алгоритм дифференцированного подхода к выбору методики эндоскопической папиллосфинктеротомии позволяет оценить риск развития пост-ЭРХПГ-панкреатита и подобрать оптимальную для конкретной ситуации методику селективной катетеризации и эндоскопической папиллосфинктеротомии.