

РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОМ ПОВРЕЖДЕНИИ ГРУДНОГО И ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛОВ ПОЗВОНОЧНИКА В ОСТРОМ И РАННЕМ ПЕРИОДАХ

Бублик Л.А., Лихолетов А.Н.

(Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького, Украина)

Большое значение в лечении осложненной травмы груднопоясничного отдела позвоночника имеет стабильная фиксация поврежденного сегмента. При решении данной проблемы возможна ранняя активизация больных, уменьшается количество осложнений, связанных с нестабильным характером осложненной травмы позвоночника и проведенной ламинэктомии. Целью нашей работы было определение показаний к хирургическому лечению и разработки методики стабилизации груднопоясничного отдела позвоночника. Проведен анализ хирургического лечения 133 больных с осложненной травмой груднопоясничного отдела позвоночника в остром и раннем периоде, оперированных в клинике нейрохирургии ДНИИТО за период 2006-2008 г.г. Степень неврологических нарушений оценивали по международной шкале ASIA. Типы структурных нарушений оценивали по международной класси-

фикации Magerl. У всех больных выполнялись операции из различных доступов при использовании системы «МОСТ» – у 82(61,7%) больных, «Конмет» – у 23 (17,32%) больных, рамочная конструкция ХНИИОТ и Вальдемар-Линк у 9(6,8%) больных, «Chm» – у 7(5,3%) больных, «Горизонт» и «Omega-21» – у 4(3%) больных, 5(3,76%) больных оперировано из переднего доступа, у 4(3,1%) больных проведена транспедикулярная фиксация в сочетании с вертебропластикой. Наиболее эффективный способ стабилизации должен включать фиксацию как минимум двух нижележащих от поврежденного и одного вышележащего позвонков, либо фиксацию одного выше и нижележащих позвонков от сломанного с дополнительно проведенной вертебропластикой костным цементом. При многооскольчатых переломах типа В3 и С3 показано вмешательство из двух доступов.

ПРОКСИМАЛЬНАЯ ОСТЕОТОМИЯ I-Й ПЛЮСНЕВОЙ КОСТИ В ЛЕЧЕНИИ HALLUX VALGUS

Корж Н.А., Прозоровский Д.В., Горидова Л.Д., Романенко К.К.

ГУ «Институт патологии позвоночника и суставов им. проф. М.И. Ситенко АМН Украины»

Лечение стоп с вальгусным отклонением I-го пальца кнаружи включает большое количество оперативных методов, их модификаций и комбинаций (более 300). При выборе способа коррекции деформации важно учитывать не только сам угол отклонения I-го пальца, но и величину варусной деформации первой плюсневой кости и ряд других показателей.

В период с 2006 по 2009 год нами выполнено 76 операций у 43-х пациентов, из них 39 женщин и 4 мужчин. Средний возраст составил 42 года. Во всех случаях I-й плюснефаланговый угол превышал 30°, а угол M1 M2 – между I и II плюсневыми костями превышал 15°. Всем пациентам была выполнена корригирующая клиновидная остеотомия в проксимальном метафизе I-й плюсневой кости. Костные фрагменты фиксировались либо

минипластиной на 4-х винтах, либо двумя винтами. В послеоперационном периоде на протяжении одного месяца пациенты снабжались ортопедической обувью фирмы Zimmer, которая предусматривала нагрузку на задний отдел стопы. Таким образом, пациенты с третьих суток после операции передвигались самостоятельно без дополнительной опоры. Ближайшие и отдаленные результаты прослежены в сроки от 3-х месяцев до 2-х лет и оценены по большой шкале Kitaoka.

У 29 пациента получен отличный результат, у 11 – хороший, и у 3-х удовлетворительный. Плохих результатов не отмечено, что позволяет считать проксимальную остеотомию I-й плюсневой кости операцией выбора при угле деформации I-го плюснефалангового сустава более 30°, а угла M1 M2 более 15°.