УДК 616.721.І.34–007.43-031-001-07

ДІАГНОСТИКА, ЛІКУВАННЯ ПРОТРУЗІЙ ТА ГРИЖ МІЖХРЕБЦЕВИХ ДИСКІВ У ПОЄДНАННІ З НЕСТАБІЛЬНІСТЮ ХРЕБЦЕВО-РУХОВОГО СЕГМЕНТА ТА СТЕНОЗОМ СПИННОМОЗКОВОГО КАНАЛУ ПОПЕРЕКОВОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА ПРИ ДЕГЕНЕРАТИВНИХ УРАЖЕННЯХ

Сташкевич А.Т., Антонійчук В.Т., Шевчук А.В.

Відділ хірургії хребта ДУ «Інститут травматології та ортопедії АМН України, Україна

Проліковано та проаналізовано 50 хворих (34 жінки і 16 чоловіків), із них стаціонарно 38 хворих, 12 хворих амбулаторно, з грижами міжхребцевих дисків, з нестабільністю в хребцеворуховому сегменті в (29 хворих), із стенозом спинномозкового каналу (21 хворий) в поперековому відділі хребта.

На функціональних рентгенограмах виявили нестабільність в хребцево-руховому сегменті (збільшення рухливості вище фізіологічних меж за кутовим та лінійним зміщеннями). Стенозування спинномозкового каналу (центральний чи латеральний стенози) визначали за даними рентгенографії та комп'ютерної томографії. Для визначення подальшої тактики лікування здійснювали клініконеврологічне дослідження. Визначали больовий синдром (за ВАШ), обмеження рухів в хребті (проба Шобера), стан м'язів черевного пресу і розгиначів хребта, поперековий лордоз.

Консервативне лікування включало застосування нестероїдних протизапальних препаратів, міорелаксантів, вітамінів, тканинну, судинну, протинабрякову та протизапальну терапії, антигомотоксичні ліки, спокій і перидуральне введення стероїдів. Застосовували витяжіння, ЛФК, мануальну терапію. Тривалість лікування становила від 1 до 3 місяців.

Добрі і задовільні результати консервативного лікування в амбулаторних умовах відмітили у 9 пацієнтів (75%), а у 3 пацієнтів (25%) позитивного ефекту не було (зберігався або наростали клініко-неврологічні розлади). При неефективності консервативного лікування ставили показання до хірургічного лікування.

Виконували такі оперативні втручання: черезшкірна нуклеотомія – у 7 хворих; мікродискектомія – у 9; розширена інтерламинарна дискектомія і фасетектомія – у 8; геміламинектомія, фасетектомія і дискектомія – у 5; декомпресивна ламинектомія, фасетектомія і дискектомія, транспедикулярна фіксація – у 10; дискектомія і передній міжтіловий спонділодез – у 5; дискектомія і корпородез із задньо-бокового доступу – у 6 хворих.

Післяопераційний період включав: ліжковий режим – 1-4 днів; знеболюючу та проти набрякову терапію; профілактичну антибіотикотерапію – 5-7 днів (переважно – цефтріаксон і аксеф); фіксуючий пояс; відновлюючу терапію та пресакральні блокади з діпроспаном при неврологічних розладах протягом 5–7 днів; ортопедичний режим з обмеженням фізичних навантажень протягом 3–4 тижнів.

Результати хірургічного лікування: добрі у 44 хворих (89% спостережень); задовільні – у 4 хворих (5,9%); незадовільні – у 2 хворих (5,1%).

УДК 616.728.3-007.17-06:616.71-007.234]-085

БИОРЕЗОНАНСНАЯ СТИМУЛЯЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ ГОНАРТРОЗА С ПРОЯВЛЕНИЕМ ОСТЕОПОРОЗА

****Чемирис А.И., **Кулюпина Т.П.***

**** Запорожский государственный медицинский университет***

*****КУ Запорожская областная клиническая больница, Украина, г.Запорожье***

Общепризнанна значимость патологии опорно-двигательного аппарата в качестве серьезной проблемы здравоохранения, имеющей большое социальное значение. Наиболее частыми причинами инвалидизации больных являются артрозы, которые обуславливая физическую неполноценность больных, травмируют психику и причиняют серьезные экономические потери.

Проблема остеопороза в современной медицинской науке и практической медицине приобретает все большее значение. Распространенность остеопороза растет как во всем мире, так и на Украине (более 38% населения страдает остеопорозом).

Особого подхода в лечении требуют больные, у которых остеоартроз сочетается с остеопорозом или остеопенией. Диагностика этой патологии основана на результатах рентгенографии, денситометрии, магнитно-резонансной томографии.

Лечение остеопороза представляет собой сложную задачу и направлено на ремоделирование костной ткани. Общепринятые принципы медикаментозного лечения остеопороза (приме-