

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 хребцево-руховому 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 (центрального чи латерального стенози) визначали за даними рентгенографії та комп'ютерної томографії. Для визначення подальшої тактики лікування здійснювали клініко-неврологічне 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 значимість патології опорно-двигательного апарату в качестве серъезной проблемы здравоохранения, имеющей большое социальное значение. Наиболее частыми причинами инвалидизации больных являются артрозы, которые обуславливая физическую неполноценность больных, травмируют психику и причиняют серъезные 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-

нение гормональных препаратов, биофосфонатов, кальция, витамина D, соединений фтора и др.) не всегда обеспечивают должный результат.

Патологически обоснованным при данной патологии является применение биорезонансной стимуляции области суставов.

Биорезонансная стимуляция (БРС) – принципиально новый метод биоуправляемых физических воздействий, основанных на использовании собственных биоритмологических характеристик организма для получения аутоколебательной системы «аппарат – организм». Основное место приложения воздействия БРС – микроциркуляторное русло, интерстициальный гуморальный транспорт, соединительная и мышечная ткань, а также процессы энергетического обмена в них. Положительно влияет БРС на крово- и лимфоток, энергообмен (накопление АТФ в митохондриях), повышение мышечной работоспособности, а также на состояние костной ткани, проявляющееся улучшением всех денситометрических параметров – широкополосного ослабления ультразвука, скорости распространения ульт-

тразвука, индекса плотности костной ткани. Под действием БРС наблюдается возрастание функциональной активности остеобластов и снижение процессов резорбции костной ткани, обусловленной снижением активности остеокластов.

Под нашим наблюдением находилось 137 пациентов с гонартрозом II – III степени. Мужчин – 51, женщин – 86. Возраст 39-74 года. 64 больным проведена денситометрия на аппарате «DXA». У 57 пациентов определена остеопения, у 7 – остеопороз. Всем пациентам осуществляли биорезонансную стимуляцию аппаратом БРС – 2М с использованием II и I режима продолжительностью 5-7 минут на курс 10 процедур.

Пациенты после 4-5 сеансов отмечали уменьшение боли, увеличение объема движений. К окончанию лечения положительный результат получен у 97% пациентов, 28 пациентов через год обследованы повторно рентгенологически и денситометрически. Степень выраженности остеопатоза и остеопении не прогрессировала.

БРС – эффективный метод реабилитации больных с гонартрозом и остеопорозом.

УДК: 617.57/.58:616.71-018.46-002-085

ПЛАСТИКА КОСТНЫХ ДЕФЕКТОВ У БОЛЬНЫХ С ТРАВМАТИЧЕСКИМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ

*Рушай А.К., Климовицкий В.Г., Щадько А.А., Чучварев Р.В., Бодаченко К.А.
НИИТО ДонНМУ им. М. Горького, Донецк, Украина*

Актуальность. Задача замещения образовавшихся дефектов при травматическом остеомиелите сложна и специфична. **Цель** – улучшение результатов костной пластики у больных с травматическим остеомиелитом.

В работе изложен опыт лечения 478 больных за период с 1998 по 2008 год включительно.

Результаты и обсуждение

Выбор способа костной пластики носил индивидуальный характер и определялся рядом параметров. Основными факторами были: активность процесса; степень поражения кости; состояние репаративных процессов; локализация процесса и состояние окружающих мягких тканей.

Если поражено менее чем 1/3 диаметра, то вмешательство заключалось в пристеночной резекции пораженных частей; если более 1/2 диаметра даже при наличии консолидации производили сегментарную резекцию из-за высокого риска перелома. После костной пластики по Илизарову опороспособность восстанавливалась надежно.

Когда резецированный участок превышает 3 см, адаптационная резекция завершалась нейтральным остеосинтезом с остеотомией и заме-

щением дефектов по Илизарову.

Техника остеотомии позволяла избежать скелетирования кости, добиться большой площади остеотомии, что оказывает положительное влияние на репаративный процесс. С целью профилактики втянутого рубца в образовавшуюся полость через контрапертуры вводили полихлорвиниловые трубки.

Таким образом, пластика костных дефектов у больных с травматическим остеомиелитом должна производиться индивидуально. Наиболее широко применяется метод Илизарова. Для достижения надежного результата биллокального остеосинтеза нами предложен способ остеотомии, профилактики втянутого рубца.

Выводы

1. Основными факторами, определяющими выбор способа костной пластики, являлась степень поражения костной ткани и выраженность репаративного процесса;
2. Выполнение оптимальной костной пластики позволило добиться хороших анатомо-функциональных результатов у 446 (94,9%) больных с травматическим остеомиелитом.