

ВЫЕЗДНОЕ ЗАСЕДАНИЕ АССОЦИАЦИИ ОРТОПЕДОВ-ТРАВМАТОЛОГОВ ДОНЕЦКОЙ ОБЛАСТИ В САНАТОРИИ «СЛАВЯНСКИЙ» ДП СКРЦ «СЛАВЯНСКИЙ КУРОРТ» (№ 4 от 18 сентября 2013 г.)

Председатель — профессор В.А. БАБОША, секретарь — И.А. ШАМАРДИНА

ПРИСТИНСКАЯ Н.А., БОРОВИКОВА Л.В.,
СПОДЫНЮК А.Г., ЛИГАЧЕВ Н.И., ДВОРЯНОВА Т.Н.

ОСНОВНЫЕ КОМПЛЕКСЫ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ТРАВМ ПОЗВОНОЧНИКА И СПИННОГО МОЗГА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ПОВРЕЖДЕНИЯ СПИННОГО МОЗГА В УСЛОВИЯХ САНАТОРИИ «СЛАВЯНСКИЙ»

В результате травмы позвоночника и спинного мозга у больных утрачивается локомоторная функция, нарушаются дыхание, гемодинамика, выделительные функции органов малого таза, возникают расстройства трофических процессов, вегетативные нарушения, дезорганизация моторно-висцеральных взаимодействий. У таких больных имеет значение реабилитация в санатории. Лечение на курорте способствует восстановлению утраченных функций путем стимуляции процессов реституции, регенерации, компенсаторно-приспособительных механизмов. Авторы отметили увеличение в последние годы числа больных с полным поперечным поражением спинного мозга и ростом повреждений на шейном уровне.

Одним из наиболее эффективных методов курортного лечения больных с последствиями травм позвоночника и спинного мозга является грязелечение. Оно активизирует жизненные процессы, вызывает усиление кровообращения, способствует нормализации обменных процессов, ускоряет рассасывание инфильтратов, спаяк, стимулирует регенеративные процессы, выравнивает вегетативные нарушения, улучшает состояние периферического двигательного нейрона за счет снятия очагов парабиоза в синапсах высших нервных образований, увеличивает проницаемость гематоэнцефалического барьера, способствует ускорению процессов пролиферации, реактивных воспалительных явлений. Широко применяется бальнеотерапия. В зависимости от клиники применяются хлоридно-натриевые, кислородные, хвойно-рапные ванны.

Рапные ванны обладают противовоспалительным, десенсибилизирующим, болеутоляющим действием. Йодобромные ванны способствуют торможению процессов возбуждения в коре головного мозга, норма-

лизуют мышечный тонус, оказывают седативное действие, нормализуют действие эндокринного аппарата. Хвойно-жемчужные ванны улучшают реактивность организма, нормализуют возбудимость периферических и центральных звеньев нервной системы. Кислородные ванны снижают процессы возбудимости в ЦНС, снижают гипертонус мышц. Лечебная гимнастика направлена на развитие приспособительных и компенсаторных механизмов, на выработку возможности сидеть, стоять, передвигаться в коляске, снижение гипертонуса мышц. Хороший эффект дает подводный душ-массаж: увеличивается интенсивность кровообращения и лимфообращения, уменьшается выраженность болевого синдрома, рефлекторно-тонических и вегетативных расстройств, тонизируются мышцы. При нарушении функции тазовых органов в случае гипертонического мочевого пузыря назначают диадинамические токи, при гипотоническом типе — электрофорез прозерина на трусиковую зону.

Комплексное воздействие бальнеопеллоидотерапии, климатолечения, физиотерапевтических средств, лечебной физкультуры и массажа улучшает двигательную активность, функции тазовых органов, заживление пролежней, повышает иммунобиологическую реактивность.

ВАРГАНОВ Г.Г.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ СПИНОМОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ ПРОКТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У СПИНАЛЬНЫХ БОЛЬНЫХ

Трудности лечения больных с заболеваниями аноректальной области заключаются в наличии одновременно нескольких причин заболевания — хронического смешанного геморроя подострой формы, трещины заднего прохода в стадии неполной ремиссии, хронического сфинктерита — на фоне нейрогенной дисфункции толстого кишечника, истончения слизистой прямой кишки, воспалительных процессов в прямой кишке.

Нами проводились лечебные мероприятия, способствующие снятию воспаления, отека, боли, спазмов в прямой кишке и улучшению трофики ткани.

Первый комплекс:

- грязевые ректальные тампоны;
- грязевые аппликации;
- рапные ванны;
- ЛФК, массаж.

Второй комплекс:

- лазерная терапия;
- грязевые аппликации;
- рапные ванны;
- ЛФК, массаж.

Третий комплекс:

- грязевые ректальные тампоны;
- лазерная терапия;
- грязевые аппликации;
- рапные ванны;
- ЛФК, массаж.

БУБЛИК Л.А., МИРОНЕНКО И.В., ТИТОВ Ю.Д.

ЛЕЧЕНИЕ ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА У БОЛЬНЫХ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Болевой синдром при дегенеративно-дистрофических поражениях позвоночника является одной из наиболее частых причин обращения пациентов за медицинской помощью. Удельный вес неврологических проявлений дегенеративно-дистрофического поражения позвоночного столба составляет от 67 до 95 % среди всех заболеваний периферической нервной системы.

В разных возрастных группах встречаемость этого заболевания различна, максимальная частота приходится на возраст от 30 до 50 лет. Среди работающего населения заболевания пояснично-крестцового отдела позвоночника составляют 10–14,7 % временной нетрудоспособности, а в возрасте 40–60 лет этот показатель достигает 14,5–25,7 %

Причинами возникновения боли в позвоночнике являются грыжа межпозвоночного диска, стеноз позвоночного канала, сегментарная нестабильность, спондилолистез.

Диагностика осуществляется с помощью методов лучевой диагностики и на основании данных дополнительных методов исследования (МРТ, СКТ и функциональной рентгенографии).

Относительными показаниями к оперативному лечению являются отсутствие эффекта от консервативного лечения, повторные эпизоды ишиалгии, сохранение неврологического дефицита.

Абсолютными показаниями к операции мы считаем:

- 1) нарастающий неврологический дефицит;
- 2) синдром компрессии конского хвоста;
- 3) явления миелорадикулоишемии;
- 4) некупируемый болевой синдром.

Основные виды оперативных вмешательств: чрескожная эндоскопическая дискэктомия, микродискэктомия, гемиламинэктомия, ламинэктомия, спондилодез.

БУБЛИК Л.А., СЕРБИН Г.О., ТИТОВ Ю.Д., ДМИТРИЕВ К.Н., МИРОНЕНКО И.В.

ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ПРОЛЕЖНЕЙ У БОЛЬНЫХ С ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СПИННОГО МОЗГА

Возникновение пролежней связано с полным отсутствием надежной системы профилактики их развития, поскольку вопросам причины их возникновения не придается должного значения.

Консервативные методы лечения пролежней часто неэффективны из-за их длительности и малой эффективности. Консервативное лечение следует проводить в качестве предоперационной подготовки. При определении состояния пролежней используется их оценка по степеням: I степень — эритема, не распространяющаяся на здоровые участки кожи, повреждение, предшествующее язвообразованию; II степень — частичное снижение толщины кожи, связанное с повреждением эпидермиса или кожи, поверхностная язва в виде ссадины, пузыря или неглубокого кратера; III степень — полная потеря толщины кожи, развившаяся вследствие повреждения или некроза тканей, располагающихся под ней, но не глубже фасции; IV степень — полная потеря толщины кожи с некрозом или разрушением тканей мышц, костей и других опорных структур (сухожилия, связки, капсулы суставов и т.д.). При этой степени, как и при III, можно наблюдать появление свищей и полостей в тканях. Предлагается комплекс лечебных мероприятий: при I стадии — обеспечение профилактики прогрессирования процесса; при II стадии — применение мазевых и влажно-высыхающих повязок, стимуляция эпителизации; при III стадии — удаление некроза хирургическим путем, применение некролитических, гиперосмолярных, противовоспалительных средств; при IV стадии — некрэктомия, абсорбция отделяемого, хирургическое закрытие дефекта. Выделены меры профилактики: регулярный осмотр кожных покровов, устранение длительного непрерывного давления на кожный покров, массаж и обработка камфарным спиртом участков, подверженных давлению, полноценное белковое питание.

ЛИГАЧЕВ Е.Н., ЛИГАЧЕВ Н.И.

МАНУАЛЬНОЕ МЫШЕЧНОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ КАК МЕТОД ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ПОДХОДА К НАЗНАЧЕНИЮ КИНЕЗОТЕРАПИИ

Целью проводимой нами реабилитации являются восстановление функции опорно-двигательного аппарата, нервно-мышечной системы и оптимального взаимодействия всех систем и органов организма между собой, а также адаптация пациента к возможным неустранимым дефектам и дезорганизациям. В первую очередь ищем факторы, обеспечивающие нормальное состояние опорной системы, а именно: является ли позвоночник пациента гибким и устойчивым, находятся ли мышцы, поддерживающие устойчивость, в хорошем рабочем состоянии, то есть обладают ли они необходимым тонусом, гибкостью и не имеют ли локальных изменений (спаян-

ность тканей между собой, рубцы, триггеры), которые могли бы помешать нормальному функционированию.

Оценку мышечной системы осуществляют по двум критериям: сила мышц и тонусосилового баланс тела.

Метод подбора средств реабилитации направлен на воспитание равновесия (колебание тела и его частей в пространстве), координации, опороспособности, восстановление суставномышечного чувства. Это не подходит на привычную одноразовую тренировку.

Порочный двигательный стереотип изменяется многократным осмыслением и закреплением нового — оптимального и наиболее рационального биомеханически. Поэтому мы мотивируем пациента к занятиям 4–6 раз в день, но ограничиваем нагрузку по времени 3–5 минутами в предельной концентрации внимания. Вначале контроль за качеством исполнения осуществляется инструктором, далее — самостоятельно.

Методы ручного воздействия:

1) пассивно-активные, активно-пассивные упражнения с помощью инструкторов;

2) позиционное расслабление — растяжение и про-тиворастяжение;

3) комплексное нейромышечное ингибирование — торможение триггерных точек, снятие патологического возбуждения в мышцах.

В общих чертах представлен эффективный метод дифференцированного подхода при кинезотерапии, которая применяется в санатории «Славянский» у больных с патологией опорно-двигательной системы.

РУШАЙ А.К., МАКАРЕНКО А.В., БОДАЧЕНКО К.А., ЧУЧВАРЕВ Р.В.

ФИЗИОТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ С ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИМИ ПОРАЖЕНИЯМИ КОНЕЧНОСТЕЙ

При хроническом посттравматическом остеомиелите на начальных этапах лечения основной задачей физиотерапии является эффективное купирование проявлений гнойного воспаления, в дальнейшем основным направлением становится коррекция обменных и репаративных процессов. Использование терапии экзогенным оксидом азота, пайлер-терапии, ГБО, УЗ-кавитации, начиная с этапа оперативного вмешательства, является значительным резервом в улучшении результатов реабилитации. Использование в реабилитационном периоде фонофореза с хондроксидом (мазью или 5% гелем), фастум гелем позволяло нам быстро и эффективно восстановить функцию смежных суставов и пораженного сегмента, сосудов.

БОРЗЫХ Н.А., ОПРИЩЕНКО А.А., СОТНИК А.Н., БОРЗЫХ А.В., ТРУФАНОВ И.М.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ АКТИВНОГО СГИБАНИЯ ПРЕДПЛЕЧЬЯ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ДЛИННЫХ ВЕТВЕЙ ПЛЕЧЕВОГО СПЛЕТЕНИЯ

В отделении микрохирургии кисти областной клинической травматологической больницы г. Донецка

за последний год оперировано 6 пациентов с закрытой травмой плечевого сплетения, из которых у 2 пациентов повреждены первичные стволы плечевого сплетения вследствие тракционного механизма и у 4 — последствия травм аксиллярной области различного характера. У последних при травме была восстановлена целостность поврежденных сосудов и нервов, тем не менее активные движения в локтевом суставе не восстановились.

Методом выбора в данной ситуации при условии целостности коротких ветвей плечевого сплетения может быть транспозиция части широчайшей мышцы спины в позицию бицепса обездвиженной конечности (Патент Украины № 65575 от 12.12.2011 г.). Она заключается в прецизионном выделении торакодорсальной артерии и нерва транспонируемой части широчайшей мышцы спины, которая должна заполнить область дегенеративно измененного бицепса конечности. Мышца соответствующего размера забирается без кожи и через 2 небольших разреза проводится под кожей плеча. Дистальный конец лоскута крепится к дистальному сухожилию бицепса, проксимальный конец — к сухожилию длинной головки бицепса в состоянии напряжения.

У пациентов, проходивших лечение по данной методике, активное сгибание в локтевом суставе и просупинационные движения предплечья восстановились в течение 1-го месяца. После 3-недельной иммобилизации в состоянии сгибания локтевого сустава под углом 90° проводили физио- и бальнеолечение.

Преимуществами данного способа лечения пациентов с невосстановимым повреждением функции сгибателей плеча являются: отсутствие больших грубых послеоперационных рубцов и развития контрактуры суставов, снижение количества осложнений благодаря менее травматичному для мягких тканей способу фиксации, уменьшение сроков лечения.

ЧУГУЙ Е.В., ВОРОПАЕВ В.Н., ИЛЮШЕНКО Ю.К.

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ СКОЛИОТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Было проведено лечение 360 пациентов в возрасте от 7 до 18 лет с деформацией позвоночника грудного и грудопоясничного отдела. Патология была представлена: I степенью — 83 ребенка, II степенью — 126 детей, III степенью — 118 детей и IV степенью — 33 ребенка. Девочки составили 80 % обратившихся за помощью, мальчиков было в 4 раза меньше (20 %). Для устранения механических проявлений сколиотической болезни всем детям применяли корсетотерапию, показани-ями для которой являются:

- сколиотическая деформация позвоночника I–III степени в грудном и грудопоясничном отделах;
- подготовка к операции пациентов при сколиозе IV степени.

В период проведения корсетотерапии пациентам рекомендовалось комплексное лечение, включающее ЛФК, массаж, физиолечение, диетическое питание, психологическую реабилитацию, ортопедический ре-

жим, разгрузку позвоночника, плавание, ортезирование индивидуальными стельками (после обследования на АПК ДСС). Наибольшее значение отводилось лечебной физкультуре, в том числе ЛФК по Дикулю (4 основных комплекса в зависимости от степени, вида и локализации деформации позвоночника). В то же время исключалась интенсивная физическая нагрузка без учета нарушения биомеханики опорно-двигательного аппарата больного сколиозом. Мануальная медицина с целью исправления формы позвоночника категорически запрещалась при любых типах деформаций позвоночника!

Динамика коррекции сколиотической деформации зависела от степени выраженности патологии: при сколиозах 1-й степени требовалось 1–2 месяца,

при деформации 2-й степени — 2–3 месяца, при 3-й степени — от 4 месяцев и более. После достижения необходимой коррекции пациенты продолжали носить корсет еще в течение нескольких месяцев для достижения устойчивой ремиссии. Коррекция сколиоза IV степени требовала более длительного времени, замены корсета на этапе лечения после стабильного уменьшения степени деформации и не всегда имела высокую эффективность. При ранней корсетотерапии (при деформации оси позвоночника от 5–7°) ношение корсета было возможно не в жестком ортопедическом режиме, а избирательно (в подобранном режиме), что благоприятнее влияло на психику ребенка, который вынужден был получать такое лечение.

ВЫЕЗДНОЕ ЗАСЕДАНИЕ АССОЦИАЦИИ ОРТОПЕДОВ-ТРАВМАТОЛОГОВ ДОНЕЦКОЙ ОБЛАСТИ В ЦГБ г. ТОРЕЗА (№ 5 от 23 октября 2013 г.)

Председатель — профессор В.А. БАБОША, секретарь — И.А. ШАМАРДИНА

ВАКУЛЕНКО В.М., ВАКУЛЕНКО А.В.

ТОТАЛЬНОЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ПОСЛЕ ПРЕДШЕСТВОВАВШИХ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ПРОКСИМАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава (ТЭТС) является сложной и технологичной операцией. Особые трудности возникают в тех случаях, когда ТЭТС предшествуют различные реконструктивные операции на проксимальном отделе бедренной кости.

Нашим больным было произведено два типа операций, предшествовавших ТЭТС: межвертельные остеотомии McMurphy и создание точки опоры типа Schanz. В первом случае было возможно использовать стандартную ножку бедренного компонента эндопротеза, во втором требовалась ревизионная ножка с предварительным выравниванием оси проксимального отдела бедра. Некоторые авторы предлагают это делать в два этапа. Если ревизионная ножка не исключает ротационных движений в зоне повторной остеотомии, то используют наkostную пластинку. Особое внимание следует уделять профилактике возможных инфекционных осложнений, вероятность которых возрастает из-за предшествовавших операций, особенно после остеотомий по Schanz.

Продемонстрировано два клинических наблюдения.

ОПРИЩЕНКО А.А., БОРЗЫХ А.В., БОРЗЫХ Н.А.

НОВЫЙ СПОСОБ СУХОЖИЛЬНОГО ШВА

Количество пострадавших с повреждениями сухожилий сгибателей пальцев кисти на разных уровнях составляет 7–12 % от числа всех пациентов с открытыми

травмами кисти, при этом до 62 % больных не удовлетворены конечным результатом лечения. Целью работы стало улучшение результатов лечения пациентов с повреждениями сухожилий сгибателей пальцев кисти путем усовершенствования существующих сухожильных швов на основании данных экспериментального и клинического обследования, определение оптимальных сроков восстановления сухожилий. Разработан новый способ сшивания концов поврежденных сухожилий сгибателей пальцев кисти (Гос. патент Украины на полезную модель № 57350). Путем морфологического исследования сухожилий установлено, что начиная с 14–16-х суток в сухожилии происходят деструктивно-дегенеративные изменения, такие как отек аморфного вещества, разрушение коллагеновых волокон и фибробластов, лейкоцитарная инфильтрация. Определено, что оптимальными сроками восстановления сухожилия являются первые 10–12 дней после травмы.

Нами проведен анализ результатов лечения 319 пациентов. Он показал, что раннее комплексное лечение пациентов с повреждением сухожилий сгибателей пальцев позволило улучшить общие результаты лечения на 11,9 %, а количество отличных результатов — в 1,5 раза, сократить сроки пребывания в стационаре, ускорить социально-трудовую адаптацию после травмы и лечения.

БІЛІНСЬКИЙ П.І.

ОБҐРУНТУВАННЯ І МОЖЛИВОСТІ МАЛОКОНТАКТНОГО БАГАТОПЛОЩИННОГО ОСТЕОСИНТЕЗУ

Розроблені засоби для малоконтактного багатоплощинного остеосинтезу (МБО). Вони прості, надійні у користуванні, не потребують додаткових інструментів