

Матеріали і методи. В дослідженні були включені 106 пацієнтів с неосложненими переломами грудних і поясничних позвонков с критическими величинами смещения фрагментов. Пациенты были разделены на 2 группы: в группе 1 (57 пациентов) проведена стандартная транспедикулярная фиксация, в ходе операции проведены манипуляции по редукции смещенных в позвоночный канал фрагментов путем лигаментотаксиса; в группе 2 (49 пациентов) проведен вентральный корригирующий спондилодез. Проведено клінічне обстеження, аналіз результатів КТ, спондилографії, денситометрії, МРТ.

Выводы. При лечении взрывных переломов методом, транспедикулярной фиксации с выполнением лигаментотаксиса устранение сужения позвоночного канала достигается в 75,4% случаев, метод обеспечивает достижение большей стабильности оперируемого отдела, что приводит к сокращению периода реабилитации, возможности ранней нагрузки и достижению полной коррекции при посттравматическом кифозе.

Для повышения эффективности хирургического лечения больных с взрывными переломами, необходимо проводить оперативное лечение в первые 4-8 часов после травмы с применением современных методов транспедикулярной стабилизации закрытого типа и проведение щадящей гемилиаминэктомии. Неправильный выбор метода хирургического лечения и позднее начало оперативного вмешательства приводят к увеличению процента осложнений и инвалидизации.

Keywords: explosive uncomplicated fracture, chest, lumbar spine, transpedicular stabilization.

Ключевые слова: неосложненный взрывной перелом, грудно-поясничный отдел позвоночника, транспедикулярная стабилизация.

Ключові слова: неускладнений вибуховий перелом, грудно-поперековий відділ хребта, транспедикулярної стабілізація.

УДК 616-001.45-089-036.82/85

О. В. Пономаренко, В.І. Перцов, Я.О. Ковальов

ОСОБЛИВОСТІ ХІРУРГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ НАСЛІДКІВ ВОГНЕПАЛЬНИХ ПОРАНЕНЬ

Запорізький державний медичний університет,
Запорізький обласний центр термічної травми та пластичної хірургії
Україна

За роки війни в Україні в нашій клініці проліковано 20 пацієнтів з вогнепальними пораненнями та опіками, отриманими в зоні бойових дій.

Мета роботи: покращити результати лікування хворих з рановими дефектами та опіками для відновлення форми та функції тулуба й кінцівок.

Матеріали і методи: з 2014 – 2016 рр. в клініці було проліковано 17 дорослих пацієнтів та 3 дітей з дефектами шкіри та м'яких тканин. З них чоловіків – 18, жінок - 2. Вік хворих коливався від 6 до 54 років.

12 хворих з опіками було проліковано відповідно до стандартизованих клінічних протоколів надання допомоги. 1 хворий з надважкими опіками 20 % поверхні тіла (циркулярні опіки нижніх кінцівок) пролікований за допомогою ліжка «Клінітрон». Всі пацієнти виписані у задовільному стані.

З хворим дітям з дефектами покривних тканин після міно – вибухових поранень виконували етапні аутодермопластики розщепленими аутодермотрансплантатами товщиною 0,2 – 0,3 мм. Всі хворі переведені для подальшого лікування у обласну дитячу клінічну лікарню.

З хворим з осколковими пораненнями нижніх кінцівок виконували комбіновані пластики місцевими тканинами з аутодермопластикой розщепленим аутодермотрансплантатом. 2 пацієнтам виконали закриття дефектів тулуба ротаційними кожно – фаціальними клаптами на осьовому кровопостачанні. Результат у всіх випадках задовільний.

Вивод: Запорізький обласний опіковий центр має всі можливості для виконання всього обсягу оперативних втручань у пацієнтів з дефектами покривних тканин після вогнепальних поранень.

УДК 616.711-007.246

В. В. Сердюк

НОВОЕ В ПОНИМАНИИ ЭТИОЛОГИИ И ПАТОГЕНЕЗА ИДИОПАТИЧЕСКОГО СКОЛИОЗА

NEW UNDERSTANDING OF ETIOLOGY AND PATHOGENESIS OF IDIOPATHIC SCOLIOSIS

Одесский национальный медицинский университет

Развитие идиопатического сколиоза проходит в два этапа. Первый этап – это формирование функционального сколиоза, вызванного односторонним спазмом разгибателей спины, генетически обусловленного асимметричной работой полушарий головного мозга и, в частности, его передней центральной извилины, контролирующей движения человека. В итоге нарушается позвоночно-тазовое и мышечное равновесие. Наклон таза в одну из сторон приводит к формированию относительного укорочения правой или левой ноги, величина которого может колебаться от 1-3 мм до 4-5 и более сантиметров. Второй этап - это формирование структурального или истинного сколиоза. Механизм этого процесса следующий: развитие тел позвонков, их дисков, отростков, связочного аппарата в положении наклона позвоночника в одну сторону приводит к их одностороннему недоразвитию. В результате, в шейном, грудном и поясничном отделах позвоночника формируются дугообразные искривления, на вершине которых возникают зоны нестабильности, где в соответствии с законами биомеханики происходит ротация клиновидно – измененных позвонков. Пусковым моментом этого процесса является сочетание нарастающей асимметрии разгибателей спины на фоне имеющихся элементов дисплазии пояснично-крестцового отдела, резко ослабляющих его базис. К ним следует отнести люмболизацию S-1, сакрализацию L-5, аномалию тропизма суставных отростков в ПДС L-5- S-1, а также наличие spina bifida L-5 – S-1. При отсутствии дисплазии в пояснично-крестцовом отделе, процесс развития деформации позвоночника останавливается на этапе функционального сколиоза. Понимание этого процесса позволило нам разработать высокоэффективный консервативный способ лечения сколиоза, основанный на восстановлении мышечного равновесия разгибателей спины благодаря использованию корригирующих вкладышей в обувь, лечебной гимнастике и физиотерапии аппаратами магнитно-акустического воздействия. Исходя из изложенного, термин