

## ОСОБЕННОСТИ НЕСТАБИЛЬНОСТИ В ШЕЙНОМ ОТДЕЛЕ ПОЗВОНОЧНИКА ПРИ ЮНОШЕСКОМ ОСТЕОХОНДРОЗЕ

**В.А. Ухлин, И.С. Шарипов, А.Л. Кропотов**  
Нижегородская государственная медицинская академия,  
Нижний Новгород, Российская Федерация

Цель: изучение функциональной нестабильности (ФН) шейного отдела позвоночника (ШОП) в клинике юношеского остеохондроза (ЮОП).

Наблюдалось 100 детей в возрасте от 5 до 16 лет (в среднем  $11,8 \pm 0,7$ ), из них в I стадию заболевания - 32, во II-43, в III-25. Всем детям выполнено комплексное обследование ортопеда-неврологического статуса с функциональной цервикоспондилографией со спондилометрией по Коббу, Садофьевой В.И., пневмоническому правилу ABCS.

Диспластические изменения в ШОП наблюдались в 29% случаев, в 43% отмечалась гипоплазия и посттравматическая деформация С2-С5 позвонков, у 14 - нарушения осевого взаимоотношения зубовидного отростка с телом С2 от 50 до 200, вследствие родового эпифизеолиза, которые сопровождалась ФН сгибательного типа у 32 детей, сгибательно-разгибательного - у 57, разгибательного - у 11. В 76% случаев дисфиксационный синдром носил полисегментарный характер, особенно в средне-шейном отделе и суставе Крювелье, с наиболее выраженной деформацией спинномозгового канала во II стадию ЮОП и находился в высокой коррелятивной зависимости от дискового коэффициента ( $Qr=0,84 \pm 0,04$ ), что указывает на отставание процессов морфологического созревания сегментарного аппарата ШОП при ЮО.

Данные изменения в ортстатусе проявлялись амиотрофией с уменьшением шейного лордоза в I стадию до  $11,3 \pm 2,40$ , во II-  $14,9 \pm 2,20$ , в III-  $12,1 \pm 2,10$ , а также увеличением сгибательно-разгибательной двигательной амплитуды в I стадию до  $69 \pm 3,70$ , во II-  $75,9 \pm 2,60$ , в III-  $75,9 \pm 3,20$ , находящейся также в прямой зависимости от выраженности ФН ( $Qr=0,71 \pm 0,05$ ). Объем активного сгибания был статистически достоверно меньшим, чем разгибание: в I стадию соответственно в среднем  $24,3 \pm 2,10$  и  $45,2 \pm 2,50$  ( $p < 0,01$ ), во II-  $26,3 \pm 2,40$  и  $49,6 \pm 3,30$  ( $p < 0,001$ ), в III-  $28,9 \pm 2,80$  и  $47 \pm 4,20$  ( $p < 0,01$ ), что указывает на преобладание тонуса разгибателей, очевидно, как защитной приспособительной реакции организма в условиях ФН ШОП и одного из этиологических факторов, наблюдающегося при ЮОП синдрома Барре-Льеу.

Проведенные исследования свидетельствуют о наличии хронической нестабильности в ШОП при ЮО, сопровождающейся выраженными морфофункциональными нарушениями, вследствие не только диспластических изменений дисков и связочного аппарата, но и последствий перинатальной патологии ЦНС и натальных спинальных травм.

Полученные данные подчеркивают высокую патогенетическую значимость морфологических изменений ШОП в генезе хронической цервикальной недостаточности как одного из основных механизмов проявления дизонтогенеза и формирования полиморфной клиники ЮОП.

## РАННЕЕ РЕАБИЛИТАЦИОННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕ БРЮШНО-ПРОМЕЖНОСТНОЙ И ПРОМЕЖНОСТНОЙ ПРОКТОПЛАСТИКИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

**Ж.А. Хамраев, У.А. Хамраев**  
Ташкентский педиатрический медицинский институт,  
Ташкент, Республика Узбекистан

Дети раннего возраста, перенесшие левостороннюю резекцию толстой кишки и сфинктеропластику по поводу высокой формы атрезии аноректальной зоны и болезни Гиршпрунга, требуют своевременного реабилитационного лечения, направленного на раннее восстановление функции сфинктерного аппарата и быстрейшую адаптацию к нормальным условиям жизни.

Материал и методы. За последние 10 лет реабилитационные мероприятия в раннем и позднем послеоперационном периоде были проведены нами 65 больным. Из них 35 пациентов с высокой формой атрезии аноректальной зоны, 27 с болезнью Гиршпрунга, колостомой с длительным отключением дистального отдела толстой кишки и 3 с атрезией толстой кишки. Операции были проведены: в период новорожденности - у 22, до 3 лет - у 43, мальчиков было 37, девочек-28.

Клинически у этих больных после заключительного этапа брюшно-промежностной проктопластики из-за нарушения рефлекторного держания кала, большое количество выброса жидкого калового содержимого привело к сильной мацерации и эрозии кожи вокруг ануса, что способствовало рубцеванию раны и, в конечном итоге, сужению ануса. Поэтому в раннем послеоперационном периоде реабилитация заключалась в ликвидации локального воспалительного процесса (микроклизма с раствором ромашки, облепиховым маслом и прикладыванием повязок с маслом ванилина, мазью солкосерила). В позднем периоде (через 1 месяц) для формирования позыва на рефлекторную дефекацию применяли двухканальный малогабаритный электростимулятор ФЭС-02 с ректальным универсальным электродом на 10 дней с одновременным протенированием электростимуляции препаратами АТФ, фосфоден в возрастной дозировке. На ночь ставили тренировочные микроклизмы с настоем ромашки с добавлением в них нескольких капель масла облепихи и шиповника.

Реабилитационные курсы лечения повторяли с интервалом в 2-3 мес. 3-4 раза в течение года на протяжении 1,5-2 лет до полного выздоровления. Получены хорошие функциональные результаты.

Заключение. Таким образом, в послеоперационном периоде рано начатое реабилитационное лечение после брюшно-промежностной и промежностной проктопластики способствует предотвращению осложнений.