

После операции больной придерживался ортопедического режима: не нагружал конечность в течение 4 нед.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Через четыре месяца альгофункциональный индекс WOMAC по ВАШ составил 93 мм, суммарный индекс Лекена — 3 балла, синовит — 14 мм, мышечная сила разгибателей и сгибателей правой голени и стопы — 4 балла, движения в суставе — 110 /0/0.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ И ВЫВОДЫ

Ближайшие хорошие результаты лечения пациента с посттравматическим гонартрозом показали эффективность устройства для туннелизации и микрофрактурирования субхондральной кости. Это позволяет предложить устройство для использования при выполнении костномозговой стимуляции у больных с посттравматическим гонартрозом или гонартрозом другой этиологии.

Е.А. Распопова, А.А. Дударева, А.И. Метальников, Ж.Н. Радимова

СПОНДИЛОЛИСТЕЗ У ДЕТЕЙ НА ФОНЕ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

*Алтайский государственный медицинский университет (Барнаул)
Детская городская поликлиника № 9 (Барнаул)*

Под спондилолистезом понимают смещение позвонка с нижерасположенного (Kilian H.F., 1853). На фоне дисплазии соединительной ткани спондилолистез начинается в детстве и называется диспластическим или спондилолизным с характерным медленным смещением позвонка и неврологическими осложнениями. Отмечено прогрессирование к 11 — 12 годам.

Цель исследования: систематизировать симптомы ранней диагностики спондилолистеза с методами патогенетической терапии у детей.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

По нашим материалам частота спондилолистеза достигла 7,6 %, из них в возрасте от 1 до 5 лет — 1,3 % и от 6 до 10 лет — 2,5 %, а от 11 до 18 лет — 3,8 %. Эти наблюдения позволили нам сделать выводы о причинах возникновения спондилолистеза в разных возрастных группах:

- 1) врожденная аномалия развития пояснично-крестцовой области позвоночника;
- 2) наследственная предрасположенность;
- 3) нарушения обменно-гормональных процессов в различные периоды постнатального развития;
- 4) статико-динамические особенности позвоночника на уровне пояснично-крестцовой области;
- 5) слабость связочного аппарата позвоночника и околопозвоночных мышц;
- 6) травма и микротравма;
- 7) спортивная и трудовая деятельность, связанная с постоянными физическими и осевыми нагрузками.

Заболевание проявляет себя болями в пояснице различной степени тяжести — острыми, тупыми, спорадическими, иррадиирующими в нижние конечности.

Клиника: углубленный поясничный лордоз, укороченное туловище, относительное удлинение конечностей, внешние проявления дисплазии пояснично-крестцового отдела позвоночника, признак «вожжей», «походка канатоходца». К тяжелым проявлениям спондилолистеза был отнесен симптом «уступа», усиленный грудной кифоз, поясничный лордоз, наклоненный вперед таз и выпячивающиеся назад ягодицы.

ИССЛЕДОВАНИЕ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА

Стандарт обследования — спондилография, функциональная рентгенография и УЗИ поясничного отдела позвоночника.

У детей важна профилактика спондилолистеза. В нашей работе представлено консервативное лечение: ортопедический режим, ЛФК, массаж, ношение разгрузочного поясничного корсета, физиотерапевтические процедуры, медикаментозная терапия (МОВАЛИС).

Наблюдалось 174 детей (118 девочек, 56 мальчиков) в возрасте от 12 до 17 лет. МОВАЛИС назначали в виде ректальных суппозиторий однократно перед сном (15 мг) в течение 6 дней. Отмечалось уменьшение болей, восстановление функции позвоночника. Таблетированные формы назначали в течение 10 — 30 дней. С целью коррекции дисплазии соединительной ткани препарат магния «Магнерот» по схеме и хондропротекторы в возрастных дозировках.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ И ВЫВОДЫ:

1. Спондилолистез на фоне дисплазии соединительной ткани начинается в детстве, реже в юности.
2. Наиболее эффективно применение препарата МОВАЛИС у детей.
3. Для коррекции диспластических нарушений соединительной ткани целесообразно использовать препараты магния — «Магнерот», аскорбиновую кислоту, а также хондропротекторы в возрастных дозировках.

Ж.А. Ревель-Муроз, С.А. Совцов

СТИМУЛЯЦИЯ РЕГЕНЕРАТОРНЫХ ПРОЦЕССОВ В ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ ПУТЕМ ЛАЗЕРНОЙ ТУННЕЛИЗАЦИИ

Челябинский государственный институт лазерной хирургии (Челябинск)

Разработана и апробирована малоинвазивная методика лазерной туннелизации поджелудочной железы больным хроническим панкреатитом с целью стимуляции процессов регенерации и неоангиогенеза в поджелудочной железе.

Цель: улучшить результаты лечения больных хроническим фиброзирующим панкреатитом.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Оперировано 23 больных паренхиматозным и фиброзно-склеротическим хроническим панкреатитом (патент на изобретение № 2279259). Из них 12 мужчин и 11 женщин. Возраст от 23 до 71 года. Алкогольный панкреатит диагностирован у 10 больных (43,5 %), билиарный — у 4 (17,4 %), идиопатический — у 9 (39,1 %).

У всех пациентов отмечался стойкий болевой и диспептический синдромы, с минимальным эффектом от консервативной терапии. Анамнез заболевания составлял от 6 месяцев до 15 лет. Частота тяжелых приступов, требовавших госпитализации от 2 до 6 в год.

В предоперационном периоде пациентам кроме общеклинического исследования выполнялось УЗИ органов брюшной полости, ФГДС, СКТ поджелудочной железы. Все операции выполнялись из мини лапаротомного доступа под интубационным наркозом.

Наличие хронического панкреатита подтверждено гистологически интраоперационной биопсией поджелудочной железы.

В качестве источника лазерного излучения использовали диодный лазер ЛС-0,97 — «ИРЭ-Полус», длиной волны 970 нм (Россия).

РЕЗУЛЬТАТЫ

При контрольном исследовании на первые сутки после операции, повышения амилазы крови и а-амилазы мочи, С-пептида и глюкозы крови не наблюдалось. Общеклинические анализы были в пределах нормы как до, так и после операции. Осложнений в ближайший и отдаленный период после лазерной туннелизации не отмечено.

При СКТ брюшной полости показатели плотности ткани поджелудочной железы в паренхиматозную фазу до операции составляли от 64 до 82 ед. Н, через два месяца после операции от 70 до 92 ед. Н, непосредственно в месте лазерного воздействия. Это свидетельствовало об усилении капиллярной денситометрической плотности железы в месте лазерного воздействия.

Для оценки качества жизни, связанного с основным заболеванием, использовали специализированный опросник GSRS, для исследования качества жизни — опросник SF-36. Анкетирование проводилось дважды: перед операцией и через 6 месяцев после операции. Сравнение изучаемых показателей показало достоверное снижение желудочно-кишечных симптомов по всем шкалам ($p < 0,05$), что свидетельствовало об улучшении функции поджелудочной железы и улучшении качества жизни больных, перенесших операцию.

ВЫВОДЫ

Результаты клинического исследования свидетельствуют о возможности безопасного и эффективного применения лазерной туннелизации поджелудочной железы у пациентов с хроническим панкреатитом. Применение лазера в хирургии хронического панкреатита является перспективным направлением и требует дальнейшего изучения.