

образований грудной полости, в большинстве случаев были щадящими, органосохраняющими (цистэктомия, фенестрация кисты). Билобэктомия была выполнена всего у 2х детей. Послеоперационных осложнений и летальных исходов не было. Оперированные по поводу ВПР легких и средостения дети находятся на длительном динамическом наблюдении у торакального хирурга.

Выводы

1. Врожденные пороки развития легких и средостения – достаточно редкая в популяции патология, требует совершенствования антенатальной диагностики, современных методов визуализации в постнатальном периоде, правильных лечебно-тактических решений и по показаниям оперативной помощи только в специализированном стационаре.

2. Применение высокотехнологичных методов диагностики позволяет установить точное анатомо-топографическое расположение кистозных образований грудной полости и является гарантом успеха оперативного лечения и отсутствия интра- и послеоперационных осложнений

3. Приоритетными являются органосохраняющие операции (фенестрация, цистэктомия), а перспективными – торакоскопические методы удаления кистозных образований легких и средостения.

Литература:

1. Ю.Ф. Исаков. Детская хирургия, Национальное руководство / под ред. Ю.Ф. Исакова, А.Ф. Дронова. //Москва, «ГЭОТАР-медиа», 2009. –С. 231 -241.

2. Разумовский А.Ю., Пороки развития и врожденные заболевания легких. /Разумовский А.Ю., Рачков В.Е. //Болезни органов дыхания. Том 5.

3. Бушмелев В.А. Врожденные пороки развития легких в структуре хронических заболеваний легких у детей (диагностика и лечение). / Бушмелев Вениамин Александрович, Стерхова Е. В. //Практическая медицина». №31.- 2008.- С. 74-80.

4. Закиров И.И. Врожденные пороки развития трахеобронхиального дерева у детей. / Закиров И.И., Сафина А.И.//Вестник современной клинической медицины. -№6.-2014. – С. 77-81.

5. Торакоскопические операции при пороках легких у новорожденных и детей грудного возраста. Степаненко Н.С. Разумовский А.Ю. Детская хирургия №4. - 2012 г.- С. 52 -55.

УДК 616.71-007.234.001.089

Амонов Г.Т., Ибрагимов С.Ю., Эранов Ш.Н., Тиляков Х.А. ПЕРКУТАННАЯ ВЕРТЕБРОПЛАСТИКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ НЕОСЛОЖНЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПОЗВОНОЧНИКА НА ФОНЕ ОСТЕОПОРОЗЕ.

Кафедра неврологии, нейрохирургии, травматологии и ортопедии
Самаркандский Государственный медицинский институт
Самарканд, Узбекистан.

Amonov G.T., Ibragimov S.Yu., Eranov Sh.N., Tilyakov Kh.A
PERCUTANEOUS VERTEBROPLASTIKA IN THE TREATMENT OF
UNCOMPLICATED SPINAL INJURIES ON THE BACKGROUND OF
OSTEOPOROSIS.

Department of neurology, neurosurgery, traumatology and orthopedics
Samarkand state medical institute
Samarkand, Uzbekistan.

Контактный e-mail: travma.km@mail.ru

Аннотация. Работа основана на обследовании и изучении результатов перкутанной вертебропластики 30 больных с неосложненными повреждениями позвоночника на фоне остеопороза. Для изучения результатов лечения использованы клинический, рентгенологический и статический методы исследования. Ближайшие результаты у всех больных были хорошо. Оценка отдалённых результатов от 6 месяцев до 1,5 года проводилась клинко-рентгенологически при контрольных осмотрах. Так, у 29 (96,6%) пациентов отмечено хорошие результаты, а только у одной больной, у которой наблюдается дисцит послеоперационном периоде, фиксирован удовлетворительный результат вертебропластики.

Ключевые слова: Остеопороз, перкутанная вертебропластика, троакар, дисцит.

Annotation: The work is based on a survey and study of the results of percutaneous vertebroplasty in 30 patients with uncomplicated lesions of the spine osteoporotic. To study the results of treatment used clinical, radiographic and static methods. Short-term results for all patients were well. Evaluation of long-term results from 6 months to 1.5 years conducted clinical and radiological examinations under control. So, in 29 (96.6 %) patients had good and only one patient , who has observed postoperative discitis, fixed a satisfactory result vertebroplasty.

Keywords: Osteoporosis , percutaneous vertebroplasty, trocar, discitis.

Остеопороз – одна из главных проблем современности, значимость которой возрастает по мере старения населения планеты. На 1990 г. в мире зарегистрировано 1,7 млн. компрессионных переломов тел позвонков на фоне остеопороза, а по прогнозам к 2050 г. их число увеличится до 6,3 млн.

Количество переломов костей при остеопорозе увеличивается с возрастом, чаще встречается у женщин, чем у мужчин (соотношение 7:1). Каждая четвертая женщина в возрасте 50 лет и старше имеет один или более переломов позвонков [3,5].

Количественно компрессионные переломы тел позвонков на фоне остеопороза превосходят переломы другой локализации, связанные с этим заболеванием.

Компрессионные переломы тел позвонков в 84% случаев сопровождаются локальным болевым синдромом. Острый болевой синдром, обусловленный переломом тела позвонка, продолжается не менее 4–6 нед и полностью не регрессирует [4].

Естественно, что постоянная боль, обездвиженность и связанное с этим изменение привычного образа жизни приводит к развитию психоэмоциональных нарушений, самым распространенным из которых является депрессия.

На протяжении многих лет консервативная терапия при компрессионных переломах тел позвонков являлась единственным методом лечения. Традиционное консервативное лечение этих повреждений включают назначение пероральных анальгетиков и постельный режим. Средняя продолжительность постельного режима у больного с компрессионным переломом тела позвонка составляет 4 мес. Однако длительный постельный режим, отсутствие ранней активации из-за выраженного болевого синдрома приводят к развитию гипостатических пневмонии, флеботромбозов, тромбоэмболии легочной артерии, может в еще большей степени ускорить костной массы (до 2% за неделю), прогрессирование остеопороза.

Причины, по которым возникают затруднения в выборе методов лечения, при этом обусловлены как характером самой травмы, так и фоном, на котором она произошла (плохое «качество кости»; часто соматическое отягощение у пациентов). Переломы позвонков при остеопорозе могут быть не диагностированы, и тогда мы имеем дело с застарелой травмой. Обследуя пациентов старшей возрастной группы, мы пришли к выводу, что врачи редко детализируют у них характер повреждения кости и мягкотканых структур с использованием КТ и МРТ, что нередко ведёт к недооценке степени повреждения. Однако наличие предрасполагающего фона в виде остеопороза не исключает возникновения не только «остеопоротических» компрессионных переломов, но и таких повреждений, как оскольчатый или взрывной перелом тела позвонка, его дужек, повреждений межпозвонкового диска и связочного аппарата.

В последние годы для лечения остеолитических поражений позвоночника опухолевого и неопухолевого (травмы, остеопороза) генеза за рубежом и в нашей стране все чаще прибегают к минимально инвазивным методикам с использованием костного цемента на основе полиметилметакрилата [1,2,3].

Чрезкожная вертебропластика – это малоинвазивный метод введения рентгеноконтрастного цемента, по другому полиметилметакрилат (ПММА). Вводится в тело позвонка, при патологических переломах (опухоли, синильные переломы). Этот метод впервые использовался в 1984 г, французскими врачами Галибертом и Дерамондом. В последнее время этот метод используется во многих клиниках.

Цель исследования - стабилизация тела поврежденного позвонка и купирование болевого синдрома.

Материалы и методы исследования

В Самаркандской областной больницы ортопедии и последствие травмы методом вертебропластики были оперированы 30 больных с компрессионными переломами тел позвонков на фоне остеопороза. Возраст больных составлял от 40 до 83 года. Среди них преобладали женщины - 60%(18 наблюдений), мужчины составили - 40% (12 наблюдений). Наиболее распространенной локализацией перелома был переходный отдел позвоночника. Th_{xII}- L_I у 28 (93,3%) пациентов.

Оценку состояния больных проводили по трем основным показателям: выраженности болевого синдрома, социальной активности пациентов и зависимости от анальгетиков.

У всех больных выявлен локальный болевой синдром без неврологической симптоматики. У 27 пациентов болевой синдром имел стойкий, интенсивный характер. Все больные до поступления принимали обезболивающие препараты. У большинства пациентов отмечено значительное ограничение социальной активности. Продолжительность болевого синдрома до госпитализации составляло от 10 дней до 1,5 года. Все больные прошли комплексное обследование, включающее клиническую, рентгенологическую, компьютерную томографию, магнитно резонансную томографию и лабораторное исследования.

Показание к выполнению транскutánной вертебропластики была наличие компрессионного перелома тел (одного или нескольких) позвонков на фоне остеопороза I-II степени с болевым синдромом без сопутствующей эпидуральной компрессии.

Вертебропластику проводили под местной анестезией транскutánно с одной (12 случаях) и двухсторон (18 случаях) вводили контрастный цемент фирмы “Stryker”-“Simplex” с добавлением сульфата бария (1:10 частям сухого цемента). Для приготовления и нагнетания цемента мы использовали троакары и системы PCD Stryker. Во время операции тщательно следим за сердечно-сосудистой и дыхательной системой.

В один позвонок вводилась от 5,0 см³ до 10,0 см³. После завершения вертебропластики пациенты находились на операционном столе, не меняя положения в течение 20-30 минут, до застывания костного цемента. После перевода в палату на следующий день больным разрешали вставать на ногу.

До и после операционном периоде проводили при необходимости лечение сопутствующих заболеваний (они наблюдались почти у всех пациентов), лечебную гимнастику, с профилактической целью антибактериальную терапию. Активизация пациентов проводилась в первые сутки после операции.

В двух случаях отмечено асимптоматичное, незначительное истечение цемента за пределы тела позвонка. Одна больная через месяц после вертебропластики обратилась с жалобами на сильные боли в месте введения цемента. Было проведено МРТ исследование, установлен диагноз дисцита.

После соответствующего лечения в течение недели, выписана в удовлетворительном состоянии на амбулаторное лечение. Развитие этих осложнений, в первое время нашей работы было связано с техническими погрешностями в ходе операции. У 10 пациентов в течении 2-3 дней наблюдались местные мышечные боли в месте введения троакара и иглы.

Результаты исследования

Почти у всех пациентов в течение одного-двух дней наблюдался полное исчезновение болевых симптомов.

Ближайшие результаты у всех больных были хорошо.

Оценка отдаленных результатов от 6 месяцев до 1,5 года проводилась клинико-рентгенологически при контрольных осмотрах. При этом был использован Европейский опросник качества жизни в 5 направлениях: мобильность, самообслуживание, бытовая активность, боль и дискомфорт, тревога и депрессия.

У 29 (96,6%) пациентов отмечено хорошие а только у одной больной, у которой наблюдалось дисцит послеоперационном периоде, фиксирован удовлетворительный результат вертебропластики.

Выводы

Таким образом, транскutánная вертебропластика при строгом соблюдении показаний и противопоказаний является одним из наиболее эффективных, малоинвазивных методов лечения при компрессионных переломах позвоночника на фоне остеопороза.

Литература:

1. Педаченко Е.Г. Пункционная вертебропластика / Е.Г. Педаченко, С.В. Куцаев //– К.: А.Л.Д., 2005. – 520 с.
2. Шотурсунов Ш.Ш. Перкутанная вертебропластика при лечении агрессивных гемангиом позвоночника / Ш.Ш. Шотурсунов // Материалы VIII съезда травматологов-ортопедов Республики Беларусь. Минск 2008.-485-486 с.
3. Cotten A. Percutaneous vertebroplasty: state of the art // A. Cotten, N. Boutry, B. Cortet // Radiographics. – 1998. – vol. 18 – p. 311-323.
4. Iqbal M.M. Osteoporosis: epidemiology, diagnosis and treatment. South Med. J., 93 (1): 2-18.
5. Melton L.J. 3rd, Epidemiology of spinal osteoporosis. Spine, 22 (24 Suppl.): 1997. 2S-11S

УДК 616-089: 616-08-039.75

**Ахметханов С.Р., Куртасанов Р.С., Ахметов И.Н.
ИНТЕРВЕНЦИОННЫЕ РАДИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ
РАЗРЕШЕНИЯ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ, ВЫЗВАННЫЕ РАКОМ
ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, АНТЕГРАДНЫМ ДОСТУПОМ.
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ**