

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

«идиопатический сколиоз», то есть боковое искривление позвоночника невыясненной этиологии следует заменить на другой - «асимметрично-мышечный сколиоз условно-рефлекторного происхождения».

Детальное изложение представленной информации изложено в нашей монографии «Асимметрия тела. Сколиоз. Спинальный болевой синдром. Новый взгляд на старую проблему» (Донецк, 2010 г.).

Key words: idiopathic scoliosis, asymmetry of spine muscles, malformation of lumbosacral vertebrae.

Ключові слова: ідіопатичний сколіоз, асиметрія м'язів спини, дисплазія хребців попереково-сакрального відділу

Ключевые слова: идиопатический сколиоз, асимметрия мышц спины, дисплазия позвонков пояснично-крестцового отдела

УДК 616.711.6-009.7

В. В. Сердюк, Ю. В. Сухин, Л. А. Гай

НЕСТАБИЛЬНОСТЬ КРЕСТЦОВЫХ ПОЗВОНКОВ - ВЕДУЩАЯ ПРИЧИНА РАЗВИТИЯ ЛЮМБАГО

INSTABILITY OF SACRAL VERTEBRAE-THE LEADING CAUSE OF LUMBAGO

Одесский национальный медицинский университет

Происхождение спинальных болей остается недостаточно изученным, хотя связанные с ними потери трудоспособности, а нередко и переход на инвалидность, имеют большое социально-экономическое значение. К сожалению, диагноз «люмбаго» или «радикулит» ни о чем конкретно не говорит, так как спинальная боль может быть проявлением деструктивных процессов типа туберкулеза, опухоли, сифилиса, остеомиелита, лейшманиоза, миеломной болезни, а также являться следствием травмы тел позвонков, их отростков, мышц, связочного аппарата и др. Достаточно велик процент нейрохирургических патологий (7-10%), при которых повреждается как сам межпозвонковый диск, так и его ядро. Смещение этих структур в сторону спинномозгового канала и спинного мозга или корешков вызывает стойкий болевой синдром, часто приводящий больного на операционный стол. Традиционное объяснение болей по ходу позвоночника – это остеохондроз. Конечно, это заболевание встречается очень часто, особенно у лиц среднего и пожилого возрастов. Мы осмотрели многие сотни больных со спинальными болями и пришли к выводу, что боль в позвоночнике не всегда связана с наличием остеохондроза. Когда Вы осматриваете ребенка 3-5 лет с выраженным болевым синдромом по типу двустороннего плексита и люмбаго, то традиционное объяснение болей только наличием остеохондроза не выдерживает критики. Значит, существуют ещё какие-то причины ущемления корешков спинного мозга. Тщательный осмотр наших пациентов с анализом данных рентгенографии и МРТ позволил установить, что независимо от наличия или отсутствия остеохондроза и деформирующего спондилеза, с которыми пациент обращался к нам, у всех больных, без исключения, имело место ротационное смещение