

## СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ СТЕНОЗА ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНОГО КАНАЛА

Одесский национальный медицинский университет

**Цель исследования:** выявить прогностически важные методы диагностики и хирургического лечения стеноза поясничного отдела позвоночного канала.

**Материалы и методы:** за период с 2005 по 2011 г. в травматологическом отделении городской больницы №11 хирургическому лечению по поводу стеноза поясничного отдела позвоночника подвергнуто 40 больных в возрасте с 45 до 72, из них мужчин - 24, женщин 16. Основную группу составили 26 пациентов, которым применено малоинвазивное оперативное лечение (чрезкожная микродискэктомия). Контрольную группу составили 14 пациентов, которым назначено хирургическое лечение (ламинэктомия).

**Результаты и их обсуждение:** Изучение отдаленных (до 1 года) результатов лечения больных со стенозом поясничного отдела позвоночника позволило установить, что хорошие результаты с полным купированием болевого синдрома и регрессом неврологических расстройств, были получены в 23 случаях, удовлетворительные (неполное купирование болевого синдрома и полный регресс патологической симптоматики) – в 3.

**Выводы:** 1) чрезкожная микродискэктомия является эффективным методом лечения, который позволяет быстро купировать болевой синдром и устранять неврологические расстройства при минимальной травматизации и отсутствии температурного воздействия на окружающие ткани.

2) Применение местной анестезии дает возможность контролировать самочувствие пациента на протяжении всей процедуры.

3) Использование данного малоинвазивного метода лечения позволяет пациенту в короткие сроки вернуться к полноценной жизни и труду.

Ю. В. Сухин, В. В. Сердюк, О. Д. Харитонов, Саундарараджан Сиби, Д. И. Серета

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ НАДКОЛЕННИКА

Одесский национальный медицинский университет

**Цель исследования:** оценка опыта хирургического лечения переломов надколенника во 2-м ортопедо-травматологическом отделении Одесского травматологического центра, выбор оптимального метода лечения.

**Материалы и методы:** за период с 2005 по 2011 г. хирургическому лечению было подвергнуто 112 больных в возрасте с 23 до 74 лет, из них мужчин - 75, женщин - 37. Остеосинтез фрагментов надколенника осуществляли путем наложения двухрядного трансоссального шва в 99 случаях, стабильного остеосинтеза по методу Вебера 13 больных, применения универсальной компрессирующей пластины, разработанной на кафедре травматологии и ортопедии ОНМедУ (патент Украины № 37678-А) - 10 больных.

**Результаты и их обсуждение:** изучение отдаленных (до 1,5 лет) результатов лечения больных с переломами надколенника позволило установить, что стабильный

остеосинтез, здійснюваний універсальною компресуючою пластинкою, розробленою в нашій клініці, а також стабільний остеосинтез по Веберу, створюють найбільш оптимальні умови для зрощення костних фрагментів, особливо при оскольчатих переломах.

**Висновки:**

1. Універсальна компресуюча пластина в порівнянні з іншими використовуваними методами хірургічного лікування переломів надколінника дозволила здійснити максимальну стабільність костних фрагментів при оскольчатих переломах.

2. В результаті створилася можливість здійснювати ранню (через 2 тижні після операції) розробку оперованого колінного суглоба навіть без використання додаткової іммобілізації гіпсовою пов'язкою.

3. Висока ефективність використаної пластини дозволяє рекомендувати її до широкого клінічного застосування.

*В. О. Фіщенко, А. М. Рубленко, С. С. Псюк*

## **ВИВИХИ СТЕГНА ПІСЛЯ ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБУ**

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, Вінниця

Вивихи стегна після ендопротезування кульшового суглоба становить за різними даними від 1-2% до 14 %. Існує ряд факторів ризику розвитку даного ускладнення, врахування яких допомагає проводити профілактику даного ускладнення.

**Метою дослідження** є вивчення частоти та факторів ризику розвитку вивихів стегна при ендопротезуванні кульшового суглобу.

**Матеріали та методи.** Протягом 2005-2010 років в клініці кафедри травматології та ортопедії ВНМУ ім. М.І. Пирогова прооперовано 487 хворих з приводу травм та захворювань кульшового суглобу. Вік хворих становив від 23 до 89 років. З приводу ідіопатичного остеоартрозу кульшового суглобу оперативне втручання проводилось в 56 % (272) відсотках випадків, при переломах шийки стегнової кістки – 35% (170), черезвертлюгових переломах – 4 (0,8%), диспластичному коксартрозу – 20 (3%), асептичному некрозі – 15 (3%), ревматоїдному артриті – 2 (0,4%), наслідках травм кульшового суглобу – 4 (0,8%). Цементна фіксація компонентів ендопротезу виконувалась в 398 хворих (82 %) хворих, безцементна – 89 (18%).

**Результати дослідження.** Нами було виявлено 10 (2,1%) хворих, у яких в різні терміни після ендопротезування кульшового суглобу виникли вивихи стегна. У 8 випадках вивихів проводилась цементна фіксація компонентів ендопротезу, а в 2 – безцементна. У 3 хворих ендопротезування проводилось з приводу диспластичного коксартрозу, у 2 асептичного некрозу, в 2 післятравматичного коксартрозу, в 2 при переломах шийки стегнової кістки та в 1 випадку при ідіопатичному коксартрозі. У 4 випадках вивихи мали рецидивуючий характер. Всі хворі з вивихами стегна мали фактори ризику в передопераційному періоді. У 2 хворих на диспластичний коксартроз в анамнезі були корегуючі оперативні втручання на проксимальному відділі стегнової кістки. Хворі з післятравматичним коксартрозом мали в анамнезі переломи вертлюгової западини зі зміщенням уламків. Переломи шийки стегнової кістки були у хворих з неврологічними захворюваннями центральної та периферичної нервової системи. У 6 випадках лікувальна тактика полягала у вправленні вивиху та скелетному витязі до моменту формування мякотканинного рубця. При рецидивуючих вивихах було проведено ревізію ендопротезу та відкрите вправлення вивиху в 1 випадку. В 3 випадках проводилась заміна компонентів