

ендопротезу, які були нестабільними. При аналізі випадків вивихів стегна після ендопротезування кульшового суглобу виявлено, що майже у всіх пацієнтів в яких траплялись вивихи, оперативне втручання проводилось з приводу захворювань, які є факторами ризику розвитку вивихів. У частини хворих також були додаткові фактори ризику вивихів стегна, обумовлені супутньою патологією.

Висновки. Частота вивихів стегна після ендопротезування становить 2,1%, що відповідає літературними даними. При передопераційному плануванні слід враховувати фактори ризику розвитку вивихів стегна, що дозволить проводити профілактику даного ускладнення при ендопротезуванні кульшового суглобу.

В. М. Цвіговський, В. С. Есипенко, О. О. Цвіговська, А. І. Мудрова, В. П. Сухін

ДІАГНОСТИЧНИЙ АЛГОРИТМ ВЕРТЕБРОГЕННОГО БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ ПОПЕРЕКОВО-КРИЖОВОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА

Одеський національний медичний університет
Військово-медична служба УСБУ в Одеській області, м.Одеса
Донецький національний медичний університет

Верифікація причин больового синдрому при захворюваннях попереково-крижового відділу хребта часто має певні труднощі. Вертеброгенний больовий синдром може бути обумовлений як дегенеративними змінами міжхребцевих дисків, зв'язкового апарату хребта, нестабільністю окремих хребетних сегментів, новоутвореннями хребців і навколишніх тканин, запальними захворюваннями специфічної та неспецифічної природи, а також різними післяопераційними ускладненнями.

Цим нозологічним розмаїттям пояснюється поліморфізм загальної клінічної картини і неоднозначність визначення рівня патологічного осередку за даними топічної неврологічної симптоматики і спеціальних методів дослідження.

Ціль дослідження полягала у визначенні оптимального алгоритму диференціально-діагностичного процесу при вертеброгенному больовому синдромі попереково-крижового відділу хребта.

Матеріал і методи. У роботі проаналізовані результати обстеження більше 350 пацієнтів у віці від 5 до 76 років з больовим синдромом і різною патологією попереково-крижового відділу хребта. Використовувалися дані, отримані при проведенні комплексного обстеження, що включає цифрову та аналогову рентгенографію, комп'ютерну рентгенівську томографію (КТ), магнітно-резонансну томографію (МРТ), ультразвукове дослідження (УЗД). Проведено вивчення кореляційної залежності між кількістю методів дослідження необхідних для встановлення діагнозу і невизначеністю неврологічного статусу в складних діагностичних випадках.

Результати. Переважне число обстежених у віковому діапазоні від 20 до 76 років мали ознаки наявності дегенеративних змін з боку структур, що становлять комплекс попереково-крижового відділу хребта. Поглиблене дослідження за допомогою повного комплексу діагностичних методів дозволило виявити у 44 % обстежених пацієнтів наявність протрузій міжхребцевих дисків та кил, що локалізуються переважно на рівнях L4 - S1 сегментів. У 15 пацієнтів діагностований запальний процес. При обстеженні виявлені 12 хворих з новоутвореннями хребетної, інтраканальної, субдуральної та паравертебральної локалізацій. При аналізі складних в діагностичному відношенні випадках виявлено, що найбільші складності в постановці точного діагнозу виникають при не чіткій клінічній

картині, що, у свою чергу, призводить до застосування усього комплексу обмеження конкретного хворого. Не дивлячись на те, що найбільш інформативним методом при патології попереково-крижового відділу хребта є МРТ, у багатьох випадках не дотримання діагностичного алгоритму при обмеженні пацієнтів призводило до повторних дорогих досліджень. Передуючий комплексній діагностичній процедурі клінічний та неврологічний огляд, а, потім, рентгенографія в стандартних проекціях дозволяють значною мірою обмежити область дослідження і визначити вид, послідовність вживаних надалі методів - МРТ, КТ, УЗД.

Таким чином, необхідною умовою для з'ясування причин вертеброгенного больового синдрому попереково-крижового відділу хребта при різній патології є суворе дотримання алгоритму диференціальної діагностики. Необхідними первинними елементами цього процесу мають бути вивчення ортопедоневрологічного статусу хворого і проведення рентгенографії, що дозволяє уточнити вид подальшого високотехнологічного дослідження.

А. Л. Чатковський, І. К. Коваленко, А. І. Худолей

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВНУТРИСУСТАВНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО МЕТАЭПИФИЗА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ

Одесский областной медицинский центр

Значительное количество неблагоприятных результатов лечения переломов дистального конца плечевой кости свидетельствует об актуальности данной проблемы.

Цель нашей работы – поделиться результатами хирургического лечения переломов данной локализации, которые несмотря на низкий удельный вес среди других переломов конечностей, остаются наиболее сложными для лечения.

Материалы и методы. В травматологической клинике ООМЦ на протяжении 2004-2010 годов наблюдалось 43 пациента с внутрисуставными переломами дистального метаэпифиза плечевой кости (тип В и С по АО), у которых применен хирургический метод лечения. Мужчин было 15, женщин – 28. Средний возраст составил 45 ± 3 года (от 27 до 74 лет). Длительность наблюдения составила от 6 месяцев до 5 лет. Применялись общепринятые клинко-рентгенологические методы исследования. Оценка функциональных результатов проводилась по шкале Мейо.

Результаты и их обсуждение. В нашем исследовании чаще наблюдались повреждения типа С2 (53,3%), создающие наибольшие сложности в лечении. Среди пострадавших преобладали женщины старших возрастных групп, что обусловлено развитием у них остеопороза. У большинства пациентов (31 случай) применены различные погружные методики стабильного остеосинтеза. В 12 случаях стабильности во время операции достичь не удалось, что потребовало применения дополнительной иммобилизации в послеоперационном периоде в течении 3-4 недель. В случае дефицита костной ткани выполнялась аутопластика спонгиозной тканью. Средний предоперационный койко-день составил 3,5. Следует отметить, что промедление с проведением оперативного лечения значительно затрудняет выполнение операции и ухудшает функциональные результаты. Положительные результаты лечения достигнуты у 79% пациентов, при среднем функциональном балле 75. Средняя продолжительность лечения была $107,3 \pm 5,4$ дня. Неудовлетворительные результаты оперативного лечения наших пациентов связаны в 5 случаях с формированием стойких контрактур локтевого сустава. Нагноение послеоперационной раны и развитие остеомиелита наблюдалось в двух случаях. У двух больных произошло вторичное смещение перелома, которое не было устранено.

© А. Л. Чатковський, І. К. Коваленко, А. І. Худолей