

Литература

1. Басков А.В., Яриков Д.Е., Древаль О.Н. Современная тактика лечения травмы шейного отдела позвоночника / А.В.Басков, Д.Е.Яриков, О.Н.Древаль // 3-ий съезд нейрохирургов России: Материалы съезда. СПб., 2002.-С. 186-187.
2. Ветрилэ С.Т. Применение Гало-аппарата в хирургии шейного отдела позвоночника / С.Т.Ветрилэ, С.В.Колесов // Новые технологии в медицине: Тезисы науч. практ. конф. - Курган, 2000. - 4.1. - С. 40.
3. Ветрилэ С.Т. Тактика лечения повреждений позвоночника с использованием современных технологий / С.Т.Ветрилэ, С.В.Колесов, А.К.Борисов и др. // Вестник травматологии и ортопедии. 2001. - №2. — С. 45-50.
4. Корж Н.А., Грунтовский Г.Х., Барыш А.Е. Металлокерамоспондилодез в хирургии шейного отдела позвоночника. // Материалы симпозиума с международным участием "Повреждения и заболевания шейного отдела позвоночника" Москва, 2004.
5. Frenkel SR, Moskovitch R, Spivak J, et al: Demineralized bone matrix enhancement of spinal fusion. Spine 18:1634-1639,1993.

ОЦЕНКА РЕПАРАТИВНЫХ ПРОЦЕССОВ В ПОЗВОНОЧНИКЕ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ДЕКОМПРЕССИВНО-СТАБИЛИЗИРУЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КОСТНО-ПЛАСТИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА

Чешик С.Л.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. Залог успеха в лечении нестабильных, оскольчатых и осложненных переломов позвонков в грудопоясничном отделе позвоночника заключается в формировании полноценного спондилодеза в наиболее короткие сроки. Проведенные исследования по репаративному процессу в позвоночнике при выполнении декомпрессивно-стабилизирующих операций с использованием различного костно-пластического материала: ауто-, аллогубчатых трансплантатов, а также губчатых трансплантатов в комбинации с аллопластическим костным материалом в виде деминерализованного костного матрикса позволили определить тот вид костно-пластического материала, который помогает добиться полноценного костного блока в более короткие сроки и значительно улучшить результаты лечения пациентов.

Материалы и методы. Исследование проводили на базе УЗ «ГКБ СМП г. Гродно», отделений травматологии и ортопедии, а также на базе ГУ «РНПЦ травматологии и ортопедии», нейрохирургического отделения №1 с 2008 по 2012г.г. у пациентов с травматическими повреждениями грудного и поясничного отделов позвоночника. Пациенты были разбиты на группы. Первая группа (n = 15) – это пациенты, которым был выполнен передний спондилодез с использованием губчатого аутооттрансплантата (n=7) и аллотрансплантата (n = 8). Возраст пациентов (M±m) 27 ± 4,35 лет. Вторая группа (n = 15) – это пациенты, которым был выполнен передний комбинированный спондилодез с использованием губчатого аллотрансплантата и ДКМ (деминерализованного костного матрикса) (n = 9) и губчатого аутооттрансплантата в комбинации с ДКМ (n = 6). Возраст пациентов (M±m) 28 ± 4,37 лет. В качестве аутооттрансплантатов исполь-

зовали фрагмент крыла подвздошной кости или ребро. В качестве аллотрансплантатов использовали фрагменты губчатой кости из мышечков бедренной кости. Заготовка и консервирование аллопластического материала осуществлялись в «Лаборатории по консервации и клиническому применению аллогенных статических тканей», организованной при кафедре травматологии, ортопедии и ВПХ УО «ГрГМУ». Методика консервации – в слабых растворах 0,2% формолового и 0,1% глутарового альдегидов. Для оценки репаративных процессов в костной ткани использовался рентгенографический метод в виде компьютерной томографии (КТ), а также стандартных рентгенограмм. Изучали изменение плотности трансплантатов (НУ) по результатам КТ-денситометрии (губчатых трансплантатов - в первой группе, ДКМ – во второй), а также рентгенографические данные по трансформации между используемыми трансплантатами и воспринимающим ложем позвонков. Исследования проводились непосредственно после операции, через 6 и 12 месяцев.

Результаты и их обсуждение

Полученные данные представлены в виде средней арифметической и стандартной ошибки ($M \pm m$), а также обработаны непараметрическими методами (Wilcoxon test; критерий согласия χ^2) в программе Statistica 6.0. Результаты считались достоверными при $p < 0,05$. Средние значения плотности трансплантата в первой группе пациентов: после операции = $257 \pm 3,47$ НУ; через 6 месяцев = $223 \pm 3,30$ НУ; через 12 месяцев = $245 \pm 3,25$ НУ. Из приведенных данных видно, что плотность губчатого ауто-, аллотрансплантата снижается к 6 месяцам (-13,2%), а к 1 году вновь увеличивается (+9,87%), но так и не достигает первоначального значения (график 1). Снижение плотности к 6 месяцам соответствует стадии деминерализации (катаболизма), и наоборот - увеличение плотности к 12 месяцам – стадии минерализации (анаболизма). Изменения плотности в первой группе и к 6 месяцам, и к 12 месяцам статистически достоверны (Wilcoxon test, $p < 0,001$). Существенная разница в сроках перестройки губчатого ауто- или алломатериала не выявлена.

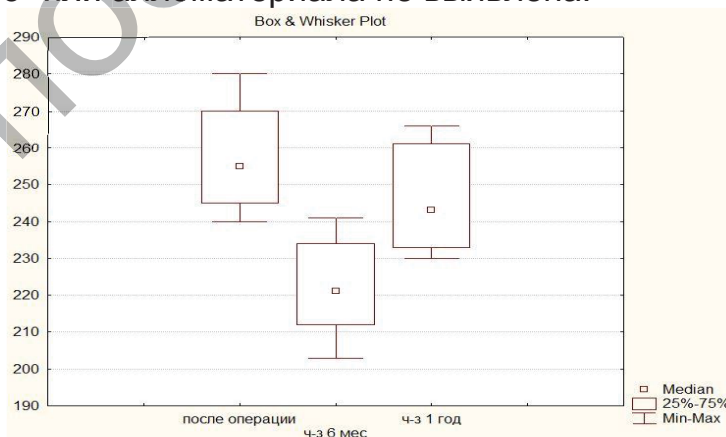


График 1. Распределение плотности трансплантатов в первой группе

Средние значения плотности ДКМ – трансплантатов во второй группе такой тенденции не имеют: после операции $116 \pm 0,86$ НУ; через 6 месяцев $157 \pm 0,88$ НУ, через 12 месяцев $192 \pm 1,58$ НУ (график 2).

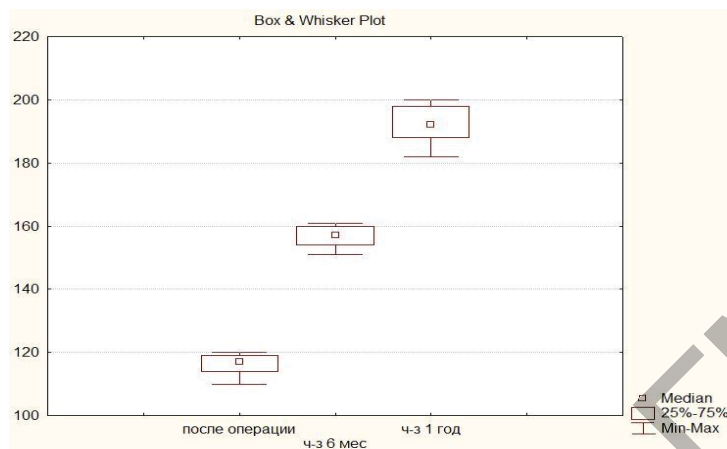


График 2. Распределение плотности трансплантатов в второй группе

Как видно из приведенных данных, плотность ДКМ-трансплантата увеличивается как к 6 месяцам (+ 35,3%), так и к 12 месяцам (+ 22,3%). Это связано, в первую очередь, с особенностями данного костно-пластического материала и отсутствием в его репаративном процессе стадии деминерализации. Изменения плотности во второй группе - к 6 месяцам, к 12 месяцам статистически достоверны (Wilcoxon test, $p < 0,001$). Важно уточнить, что ДКМ и губчатый трансплантат изначально имеют разные плотности.

Выводы.

Из приведенных данных можно сделать вывод, что использование аллопластического материала в виде деминерализованного костного матрикса в комбинации с губчатыми ауто-, аллотрансплантатами предпочтительней перед изолированным использованием губчатых трансплантатов с целью дальнейшего спондилодеза, так как структура ДКМ позволяет улучшить репаративный процесс, который проявляется в сокращении сроков перестройки трансплантатов и способствует быстрейшему формированию полноценного спондилодеза в оперированном сегменте позвоночного столба.

ЛИТЕРАТУРА

1. Басков А.В. Техника и принципы хирургического лечения заболеваний и повреждений позвоночника: практ. рук-во. – М, 2007. – 131 с.
2. Болтрукевич С.И. Трансплантация консервированной растворами альдегидов костной ткани : Автореф. Дис.... докт. мед. наук. – М., 1985.
3. Иванцов, В.А. Стимуляция остеогенеза при дефектах костей деминерализованным костным матриксом / В.А. Иванцов // Здоровоохранение Беларуси. – 1995. – № 4. - С. 12-14.
4. Кирилова И.А. Деминерализованный костный трансплантат, как стимулятор остеогенеза : современные концепции / И.А. Кирилова // Хирургия позвоночника. 2004. - №3. - С. 105-110.

5. Frenkel SR, Moskovitch R, Spivak J, et al: Demineralized bone matrix enhancement of spinal fusion. Spine 18: 1634-1639, 1993.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ АСПЕКТЫ ГЕРИАТРИИ В РАБОТЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

Шапкин В.Е.

Харьковский национальный медицинский университет

Современные индустриально развитые страны переживают процесс «старения населения» [1]. Увеличение численности пожилых людей сопровождается изменением медицинской ситуации в популяции. Успехи современной медицины позволяют большинству больных с хронической патологией дожить до старости, но не излечивают собственно хронические процессы. Геронтологические больные лечатся различными специалистами. В настоящее время врачей-гериатров в практическом здравоохранении еще очень мало. По-прежнему большая часть работы по диагностике, лечению, реабилитации пожилых больных ложится на участкового терапевта или врача общей практики (семейного врача).

Среди населения старших возрастных групп эксперты ВОЗ рекомендуют выделять категории пациентов медико-социального риска. К ним относятся пожилые люди, имеющие высокий риск ухудшения здоровья, социально-экономического положения [2]:

- Лица в возрасте 80-90 лет и старше;
- Граждане старческого возраста, живущие одиноко;
- Семьи стариков, живущие изолированно;
- Наличие тяжелых заболеваний, физических недостатков;
- Граждане, которые вынуждены жить на минимальную социальную помощь.

Наиболее угрожающими состояниями для этой категории населения является трудность передвижения, нарушение зрения и слуха, нарушения психики, развитие остеопороза, травм. Естественно, что старые пациенты медико-социального риска особенно нуждаются в постоянном наблюдении и квалифицированной помощи различных служб, особенно семейных врачей.

При уходе за гериатрическими пациентами семейным врачам следует учитывать те физиологические ограничения, которые чаще вызывают чувство дискомфорта и, таким образом, существенно влияют на качество жизни. Вообще, перед обществом и системой здравоохранения (и семейной медициной) стоят три важнейшие задачи. Среди них наиболее важным остается продолжение активной жизни с минимальными потерями от расстройств, свойственных пожилому возрасту. Вторым является борьба с высокой заболеваемостью в пожилом возрасте. С возрастом происходит своеобразное «накопления» болезней. Старый человек имеет меньшую способность к компенсации, восстановлению функций после перенесенных заболеваний, операции и травм. Третьей задачей является обеспечение достойного завершения жизни стариков.