

преимущественно под кариолеммой. Ядрышки мелкие, как правило, занимают центральное положение в кариоплазме. Каёмка на поверхности эпителиоцитов тоньше и просматривается с трудом (1,22 (0,19) мкм при 1,95 (0,04) мкм в контроле, $p < 0,05$). Количество бокаловидных клеток снижено на 24,55% ($p < 0,05$). Последние слегка расширены в апикальном отделе и имеют слабобазофильную окраску. Между базальными отделами каёмчатых эпителиоцитов чаще, чем в контроле, встречались лимфоциты, которые также часто инфильтрировали соединительнотканную строу ворсинок.

В каёмчатых эпителиоцитах ворсинок опытных животных наблюдалось заметное снижение активности ферментов СДГ (0,19 (0,03) ед. оп. пл. при 0,31 (0,07) ед. оп. пл. в контроле, $p < 0,05$), НАДН.ДГ (0,17 (0,05) ед. оп. пл. при 0,38 (0,08) ед. оп. пл. в контроле, $p < 0,05$), а активность ЛДГ, наоборот, была повышенной (0,73 (0,08) ед. оп. пл. при 0,43 (0,05) ед. оп. пл. в контроле, $p < 0,05$).

Закключение. Проведённые исследования установили, что холестаза беременных, смоделированный в период активного фетогенеза, вызывает задержку развития ворсинок двенадцатиперстной кишки у 45-суточных крысят.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кахраманова, В.Ф., Торчинов, А.М., Кузнецов, В.П. // Ж. Акушерства и гинекологии. – 2007. – № 1. – С. 3-5.
2. Кизюкевич, Л.С. / Реактивные изменения в почках при экспериментальном холестазе // Гродно. – 2005. – С. 219.
3. Можейко, Л.А. // Журнал ГрГМУ. – 2009. – № 1. – с. 53-55.
4. Пунгина, М. Ю. [и др.] // Росс. вестник акуш.-гинеколога. - 2006. - Т.6, № 3. - С. 60 – 65.
5. Kondrackiene, J., Beuers, U., Kupcinskis, L. // Gastroenterology. – 2005. V.129, № 3 – P.894-901.
6. Mullally, B.A., Hansen, W.F. //Obstet. Gynecol. Surv. – 2002 – V.57, №1 – P. 47-52.

НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ТРАВМАТИЧЕСКИМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Чешик С.Л., Гарпушкин Е.А., Швед А.Е.

Травматические повреждения позвоночника в шейном отделе являются одной из самых актуальных проблем вертебрологии. Такие повреждения имеют нестабильный характер, наиболее часто сопровождаются неврологической симптоматикой, что обусловлено анатомо-биомеханическими особенностями данного отдела позвоночника, имеют высокий процент первичного выхода на инвалидность, а также летальность. От своевременного хирургического лечения пациентов данной категории, полноценности декомпрессии сосудисто-нервного содержимого позвоночного канала и восстановления анатомических взаимоотношений в пораженных сегментах зависит жизнь пациента. Материал основан на динамическом наблюдении за пациентами с нестабильными повреждениями позвоночника в шейном отделе, проходившими лечение в клинике травматологии и ортопедии на базе УЗ «ГКБ СМП г. Гродно» за период с 2005 по 2011 г.г. Всего за этот период оперативное вмешательство выполнено у 89 пациентов. При поступлении всем пациентам применялся клинико-неврологический метод обследования, инструментальный: рентгенография позвоночника в стандартных 2-х проекциях (дополнительно - косые проекции), по возможности КТ (компьютерная томография), МРТ (магнитно-резонансная томография). При установлении диагноза пользовались международной классификацией по F. Denis (1983), основанной на трехстолбовой биомеханической концепции повреждений переднего, среднего, и заднего позвоночных столбов. Среди часто встречающихся нами нестабильных повреждений в шейном отделе позвоночника следует отметить переломы атланта с разрывом поперечной связки, повреждения зуба аксиса и корней дужек С2 позвонка с травмой диска С2-С3, а также оскольчатые переломы дуг и тел позвонков, переломовывихи другой локализации. Такие переломы нуждаются в жесткой фиксации, т.к. опасны своими осложнениями и склонны к вторичным смещениям. Нами широко применяется методика лечения нестабильных повреждений шейного отдела позвоночника «Гало»-аппаратом. Ежегодно выполняется до 15

таких операций при травмах шейного отдела позвоночника различных локализаций. В основном данная методика применяется при травмах верхнешейного отдела, но может быть использована и при травмах шеи другой локализации. «Гало»-фиксация используется в тех случаях, когда отсутствуют признаки травматического сужения спинномозгового канала, повреждения спинного мозга. Всего за указанный период прооперировано 81 пациент. Среди них: повреждение сегмента С1-С2 имели 49 человек, С3 – 8, С4 - 11, С5 – 8, С6 – 3, С7 – 2 пациента. Во всех случаях травма была неосложненной. Операции выполнялись с использованием «Гало»-аппарата, фирмы «Медбиотех» РБ. Интраоперационно осуществлялась закрытая репозиция поврежденного сегмента в зависимости от смещения и одновременно его стабильная фиксация. В случае невозможности выполнения одномоментной репозиции, коррекцию поврежденного сегмента в аппарате выполняли на 2-3 сутки после операции. На следующие сутки после операции пациент вертикализировался и осуществлял дозированную нагрузку. Сроки лечения в аппарате длились от 3-х до 4-х месяцев, в зависимости от R-графических данных. После демонтажа аппарата с целью контроля степени консолидации перелома выполнялась КТ и в зависимости от результатов продолжалась иммобилизация стандартным воротником Шанца сроком до 1,5 месяцев.

При нестабильных оскольчатых переломах позвонков со стенозом спинно-мозгового канала, переломовывихах, а также повреждениях осложненных неврологической симптоматикой нами используется методика вентрального спондилодеза с применением костных ауто-, аллотрансплантатов в сочетании с фиксацией на костными пластинами. По данной методике самостоятельно прооперировано 8 пациентов: с травматическим повреждением сегмента С4 – 2 пациента, С5 – 3, С6 – 2, С7 – 1 пациент. Интраоперационно выполнялась декомпрессия СМК, устранение смещения костных структур, межтеловой спондилодез с использованием костного аутоотрансплантата из крыла подвздошной кости (в 5 случаях) или губчатого аллотрансплантата (в 3-х случаях). В 6-и случаях для более прочной фиксации нами использовалась на костная пластина фирмы

«Медбиотех» РБ. После операции пациент по возможности вертикализировался, иммобилизация осуществлялась стандартным воротником Шанца сроком от 1 до 4-х месяцев в зависимости от способа фиксации и от R-графических данных.

Результаты лечения в группе оперированных пациентов в большинстве случаев оценены как хорошие. Во всех случаях оперативного лечения достигнут эффект репозиции и стабилизации поврежденных сегментов. Однако в 2-х случаях лечения неосложненных переломовывихов С4 позвонка – 1 сл. и С5 позвонка – 1 сл. после демонтажа «Гало» - аппарата произошел подвывих указанных позвонков с кифотической деформацией позвоночного столба, что свидетельствовало о недостаточных сроках фиксации.

На основании результатов лечения пациентов с нестабильными повреждениями в шейном отделе позвоночника можно сделать вывод, что при травматических повреждениях не только в/шейного, а также повреждениях других сегментов шейного отдела позвоночника в тех случаях, когда отсутствуют признаки травматического сужения спинномозгового канала, повреждения спинного мозга, наиболее предпочтительным, по нашему мнению, является применение Гало-аппарата. Данная методика позволяет выполнить репозицию позвонков и осуществить жесткую стабилизацию одновременно, способствует ранней активизации пациента и улучшает качество жизни. В противном случае, а также при переломовывихах позвонков в сегментах С4-С7 пациентам показана методика вентрального спондилодеза с использованием костнопластического материала с фиксацией на костными пластинами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Басков, А.В. 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. Тактика лечения повреждений позвоночника с использованием современных технологий / С.Т. Ветрилэ [и др.] // Вестник травматологии и ортопедии. - 2001. - № 2. — С. 45-50.
3. Воронович, И.Р. Использование «Halo»-аппарата в лечении больных с задним трансдентальным вывихом атланта / И.Р. Воронович [и др.] // Здравоохранение Беларуси. – 1986. - № 9 – С. 58-59.

4. Моисеенко, В.А. Биомеханика верхнешейного отдела позвоночника и особенности лечения больных с переломом зубовидного отростка / В.А. Моисеенко // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. – 1996. - №1. – С.

5. Henry H. Sherk. The Cervikal Spine An Atlas of Surgical Procedures.

ПРИМЕНЕНИЕ ДЕМИНЕРАЛИЗИРОВАННОГО КОСТНОГО МАТРИКСА В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПОЗВОНОЧНИКА В ГРУДОПОЯСНИЧНОМ ОТДЕЛЕ

*Чешик С.Л., Болтрукевич С.И., Богданович И.П., Гарпушкин Е.А.,
Иванцов В.А., Швед А.Е.*

УО «Гродненский государственный медицинский университет»
УЗ «ГКБ СМП г.Гродно»

По локализации повреждений наибольший процент травм позвоночного столба приходится на нижнегрудной и поясничный отделы позвоночника и по данным Э. Рамиха (1998) составляет до 60%. При этом в 30-35% случаев травмы позвоночника сопровождается неврологическими нарушениями, которые требуют проведения различных экстренных декомпрессивно-стабилизирующих операций. В настоящее время существуют методики заднего и переднего спондилодеза как в отдельности, так и в сочетании между собой (Дулаев А.К. 2000; Доценко В.В. 2002; Войтович А.В., 2002). При оскольчатых проникающих переломах тел позвонков при сохранном заднем опорном комплексе пациентам показано оперативное лечение из переднего хирургического доступа: декомпрессия невральных структур, передний спондилодез. Методика переднего спондилодеза предусматривает применение различных трансплантатов и имплантатов (кости, пластмасс, керамики, металлов, включая сплавы с памятью формы). Наиболее часто в качестве фиксаторов используют костно-пластический материал в виде губчатых ауто.- аллотрансплантатов. Однако остается риск миграции костного трансплантата вследствие нарушения контакта между трансплантатом и воспринимающим ложем в связи с резорбцией костной ткани. С целью улучшения результатов хирургиче-