

Спондилёз поясничного отдела позвоночника встречался у 40% (40) мужчин, из них 97,5% (39) работа связана с умственным трудом.

Латеральный дегенеративный стеноз наблюдался у 18% (18), центральный – у 12% (12); сужение просвета позвоночного канала до 10 мм и менее было – у 33,33% (10), до 12 мм – у 66,67% (20) пациентов.

Выводы. Наиболее частым ДДЗП переднего опорного комплекса ПДС стала дегенерация межпозвоночных дисков, а именно грыжи МПД (100%). Дугоотростчатый спондилоартроз выявился у 43% мужчин. Протрузии МД наблюдались у 40% пациентов. Наиболее редкой формой ДДЗП переднего опорного комплекса ПДС стали: дегенеративный стеноз (30%) и трещины фиброзного кольца (22%).

ЛИТЕРАТУРА

1. Авдеева, М.В. Факторы риска развития и прогрессирования дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника по результатам скринингового обследования жителей Санкт-Петербурга / М. В. Авдеева [и др.] // Анализ риска здоровью. – 2019. – №1. – С. 126-127.

2. Paul, C.P. Changes in Intervertebral Disk Mechanical Behavior During Early Degeneration / C. P. Paul [et al.] // J Biomech Eng. – 2018. – Vol. 140 (9). – doi: 10.1115/1.4039890. PMID: 29801164.

3. Kushchayev, S.V. ABCs of the degenerative spine / S. V. Kushchayev [et al.] // Insights Imaging. – 2018. – Vol. 9 (2). – P. 253-274. – doi: 10.1007/s13244-017-0584-z. Epub 2018 Mar 22. PMID: 29569215; PMCID: PMC5893484.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ СПАСТИЧНОСТИ ПРИ ДЕТСКОМ ЦЕРЕБРАЛЬНОМ ПАРАЛИЧЕ

Чилимцев А. М., Барсуков Г. О., Булгак В. Э.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. В 2024 году на стационарном лечении в отделении травматологии и ортопедии УЗ"ГОДКБ" находилось 1385 пациентов, из них 133 с ортопедическими осложнениями различных неврологических заболеваний, в том числе детским церебральным параличом (ДЦП), которым было выполнено 74 оперативных вмешательств.

Цель. Проанализировать современное состояние знаний о методах лечения спастического вывиха бедра с ДЦП.

Методы исследования. Использованы данные литературных источников для изучения методов лечения спастического вывиха бедра с ДЦП. Сделан обзор по проблеме с помощью информационно, аналитического, сравнительного методов.

Результаты и их обсуждение. Смещение бедра происходит из-за спастики и контрактуры мышц. Это приводит к порочному положению бедра: приведение, сгибание и внутренняя ротация.

Выбор метода лечения зависит от выраженности изменений тазобедренного (т/б) сустава и от перспективы двигательного развития ребенка. Цель стационарного лечения – обеспечить безболезненность бедра, позволяющей стабильно сидеть, амбулаторного – ходьба без боли.

Консервативное лечение – неинвазивные методы. Применяется физиотерапия, лечебная гимнастика. Ортопедические устройства используются для поддержания отведения бедра, предотвращения контрактур мышц и вывиха бедра.

Ботулотоксин вводят как временное лечение (3-4 месяца) спастики отдельных мышц, позже спастичность возвращается. Для купирования боли (2-6 месяцев) применяют глюкокортикостероиды внутрь сустава.

Хирургическое лечение комбинируют с терапевтическими для достижения наилучших результатов.

Релиз мягких тканей показан ребенку не старше 5 лет с отведением бедра менее 30 градусов, сгибательной контрактурой более 45 градусов и индексом миграции (ИМ) более 25-30%. При лечении спастической контрактуры т/б сустава рекомендуется частичная или полная тенотомия приводящих мышц и подвздошно-поясничной мышцы.

Цель реконструктивных вмешательств – изменение формы вертлужной впадины и проксимального отдела бедренной кости (увеличивает стабильность т/б сустава). Показано детям старше 8 лет, с ИМ более 40%.

Остеотомия таза выполняется, когда ИМ более 50-70%. Комбинированное применение остеотомии таза и бедренной кости позволяет достичь лучших результатов.

Паллиативное лечение (резекция деформированного сустава) используют при хроническом спастическом вывихе бедра при наличии дегенеративных изменений хряща, не поддающиеся реконструкции, а также для устранения боли и улучшения функционального состояния.

Эндопротезирование т/б сустава рекомендуется взрослым, которые могут передвигаться, без перекоса таза, сколиоза, остеопороза.

Выводы. Вывих бедра при ДЦП возникает из-за мышечной спастики и контрактур. Необходимо обеспечить стабильное и безболезненное бедро. На ранних стадиях используют консервативное лечение. При тяжелом вывихе показана реконструктивная операция. При отсутствии положительного результата применяют паллиативное лечение. Выбор метода лечения исходит индивидуально, согласно состоянию пациента.

ЛИТЕРАТУРА

1. Mohammed H. Al-Rumaih: Current Concept and Management of Spastic Hip in Children: A Narrative Review. [Электронный ресурс]. – Режим доступа Current Concept and Management of Spastic Hip in Children: A Narrative Review | Cureus – Дата доступа: 06.02.2025.
2. Chagas P.S.C. Study protocol: functioning curves and trajectories for children and adolescents with cerebral palsy in Brazil – PartiCipa Brazil [Электронный ресурс]. – Режим доступа Study protocol: functioning curves and trajectories for children and adolescents with cerebral palsy in Brazil – PartiCipa Brazil – PubMed – Дата доступа: 06.02.2025.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОСНОВНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ПОЧЕЧНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ ДО И ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Чурай Д. В., Артюх Н. А.

Гродненский государственный медицинский университет

Научный руководитель: Урбанович М. В.

Актуальность. Преэклампсия – тяжелое состояние при беременности, которое может привести к развитию почечного повреждения. Ранняя диагностика нарушения функции почек смогла бы предотвратить жизнеугрожающее осложнение. Одними из основных критериев для оценки работы почек выступают уровень креатинина и темп диуреза.

Цель. Определить и проанализировать уровень креатинина в сыворотке крови, а также другие лабораторные показатели, которые косвенно могут указывать на развитие повреждения почек у беременных с преэклампсией до и после проведения кесарева сечения. И выяснить, может ли изменение уровня креатинина являться ранним прогностическим признаком острого повреждения почек у беременных с преэклампсией.

Методы исследования. Для этого были использованы данные истории родов у 25 беременных с преэклампсией. Произведена оценка следующих показателей: уровень диуреза в течение суток, креатинин в сыворотке крови, скорость клубочковой фильтрации, определение уровня белка в моче как до, так и после оперативного родоразрешения. Обработка результатов проводилась с помощью программы «STATISTICA» 10.0. Результаты были переведены в формат ($M \pm SD$), где M – средняя арифметическая, SD – стандартное отклонение.