

Н.А. Астахова, Н.Г. Жила

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕКЛИНИРУЮЩИХ УСТРОЙСТВ В ПРОЦЕССЕ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ДЕТЕЙ С КОМПРЕССИОННЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ ПОЗВОНОЧНИКА

Дальневосточный государственный медицинский университет,
680000, ул. Муравьева-Амурского, 35, тел. 8-(4212)-32-63-93, e-mail: nauka@mail.fesmu.ru, г. Хабаровск

Резюме

Авторы имеют опыт лечения 40-ка детей с компрессионными переломами позвоночника, у которых в процессе диспансерного наблюдения использовались реклинирующие устройства собственной конструкции. В конструктивные особенности данных устройств заложены корригирующая (реклинирующая) и стабилизирующая функции, адаптированные под конкретного больного и позволяющие в процессе диспансерного наблюдения проводить раннюю активизацию пациента. Это делает комфортным пребывание ребенка с травмой позвоночника в быту, сокращает время домашнего школьного обучения, т. е. позволяет сделать его психологически адаптированным к создавшимся условиям жизни. Указанные обстоятельства способствуют ранней социализации детей с компрессионным переломом позвоночника I-II-й степени и снижению у них психолого-педагогической напряженности. При этом стационарный период лечения таких больных сокращается до $22,97 \pm 0,82$ дней, в то время как при традиционной методике с использованием гипсового корсета этот показатель существенно больше – $25,7 \pm 0,88$ дней ($p < 0,05$).

Ключевые слова: компрессионные переломы позвоночника у детей, диспансеризация детей.

N.A. Astachova, N.G. Zhila

IMPLEMENTATION OF RECLINATION DEVICES FOR TREATMENT OF CHILDREN WITH COMPRESSION FRACTURES OF THE SPINAL COLUMN FAR EAST STATE MEDICAL UNIVERSITY

Far East State Medical University, Khabarovsk

Summary

The authors presented the comparative analysis of the results of treatment of children with compression fractures of the spine, treated by the conventional method, including mainly continuous handling traction on the plane, together with standard orthopedic (corsets), and those treated with modified reclination devices of their own design. 68, 5 % of the patients who had received treatment by the conventional method, using standard orthopedic devices (corsets) had posture impairment and 17, 5 % showed full restoration of the vertebrae height after hernioplasty. At the same time, the patients treated with modified reclination devices had posture problems only in 12,5 % and there was 100 % of the full restoration of the height of the Te fractures junction. The results indicate the feasibility of a wider implementation of modified reclination devices in a clinical practice in spine trauma in children. In the majority of cases it prevents the development of the secondary deformities of the spinal column in young patients.

Key words: fractures of the spine, spinal deformities in children.

В ходе исследования мы наблюдали 40 больных в возрасте от 1-го года до 18-ти ($10,6 \pm 0,5$) лет с неосложненными компрессионными переломами тел позвонков грудного отдела позвоночника I-II-й степени.

На стационарном этапе в условиях специализированного отделения у данных пациентов использовался консервативный метод с применением постоянного разгрузочного вытяжения на кольцах Дельбе в сочетании с фиксированным реклинирующим валиком. В течение первых 5-7 дней дети находились на строгом постельном режиме, далее соблюдался полупостельный режим с применением реклинирующих устройств, адаптированных под конкретного больного. При этом продолжительность госпитализации составила $22,97 \pm 0,82$ дня, в то время как при традиционной методике с использованием гипсового корсета этот показатель составляет более $25,7 \pm 0,88$ дней ($p < 0,05$). После выписки из стационара дети продолжали пользоваться реклинирующими устройствами под контролем родителей, обученных принципам ухода. Врачебное наблюдение, согласно принятым установкам, осуществляет-

ся в поликлинике по месту жительства и/или в детском травматологическом пункте [1–3, 5, 6, 8–10].

В нашем наблюдении мы придерживались традиционной схемы диспансерного наблюдения за больными с компрессионными переломами позвоночника [3]. Однако возможность использования ортопедических устройств собственной конструкции, позволяющих одновременно осуществлять заданную реклинацию позвоночного столба в сочетании с его стабилизацией и адаптированных под конкретного больного, позволяет вносить определенные коррективы в традиционную схему диспансерного наблюдения:

I-й этап (основной) – в течение 6-ти месяцев после выписки больного из стационара. На данном этапе нами вместо использования традиционных гипсовых корсетов применяются реклинирующие устройства собственной конструкции в двух режимах: модифицированный реклинатор с металлическими пластинами спинки на период дневного ношения (рис. 1); реклинатор без металлических пластин спинки на период сна с фиксированным реклинирующим валиком (рис. 2) [7].

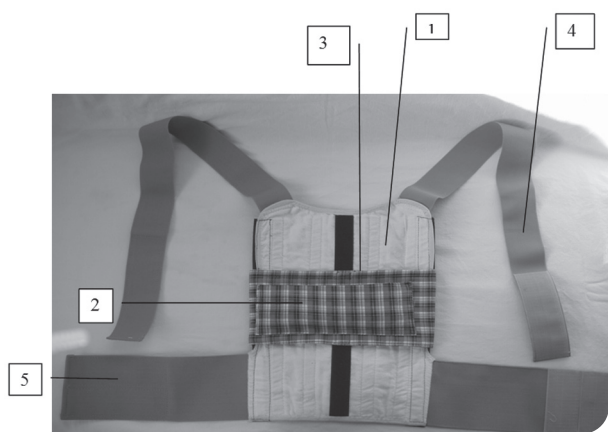


Рис. 1. Общий вид реклинирующего ортопедического устройства для использования в период дневной активности: 1 – металлические пластины спинки; 2 – карман фиксирующего устройства для реклинирующего валика; 3 – лента Велкро; 4 – лямки; 5 – ремень

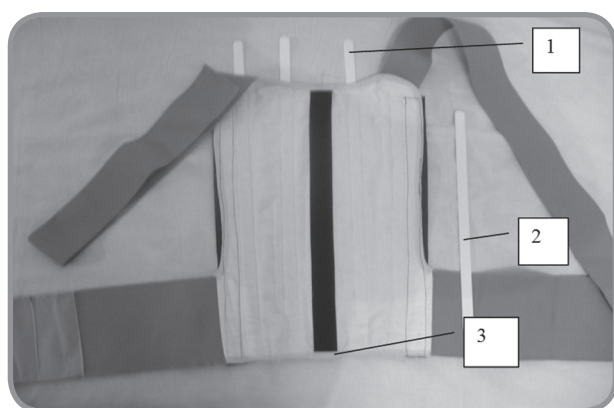


Рис. 2. Общий вид реклинирующего ортопедического устройства для использования в период ночного сна (карман спинки с реклинирующим валиком удален): 1 – металлические пластины спинки (частично удалены); 2 – удаленная пластина спинки; 3 – лента Велкро

Положение сидя разрешается через 3-4 месяца, дробно, с увеличением частоты и его времени. При этом больные находятся в реклинирующих устройствах, стабилизирующая и корригирующая (реклинирующая) функции которых адаптированы под конкретного больного. Это позволяет им вести образ жизни, максимально адаптированный к домашним привычным (комфортным) условиям (рис. 3). Домашнее обучение по программе средней школы проводится в течение 6-ти месяцев (при традиционной схеме – до 12-ти мес.). Письменные задания выполняются в положении сидя с использованием разработанных нами реклинирующих устройств, а устные предметы – в положении лежа на спине/животе. Следует отметить, что школьное обучение больных на дому в таких случаях становится психологически более адаптированным к создавшимся условиям жизни.

II-й этап (дополнительный) – спустя 6 месяцев с момента получения компрессионного перелома позвоночника. В данный период назначается контрольная рентгенография груднопоясничного отдела позвоночника в двух проекциях. В случае полного восстановления высоты компрессионного позвонка и его структуры рекомендуется посещение школы в обыч-

ном режиме с освобождением от уроков физкультуры и занятий спортом до одного года, а также дальнейшее консервативное лечение.



Рис. 3. Общий вид больного с компрессионным переломом тела Th_{VII} позвонка I-й степени на этапе диспансерного наблюдения в реклинирующем устройстве с удаленными металлическими пластинками спинки: а) вид сбоку; б) вид сзади

Результаты лечения больных с неосложненными компрессионными переломами позвоночника оценивались нами по клиническим и рентгенологическим параметрам через 12 месяцев после начала лечения (получения травмы). Во всех случаях пациенты жалоб не предъявляли, нарушение осанки имело место у 5-ти (12,5 %) человек, увеличение массы тела – у 2-х (5 %), объем движений в пределах физиологической нормы – в 100 % случаев. У всех пациентов при рентгенологическом исследовании отмечено полное восстановление высоты тел поврежденных позвонков. Отличный результат определен в 35-ти (87,5 %) случаях, хороший – в 5-ти (12,5 %).

Клинический пример. Больной, Игорь Г., 5 лет, 30.09.2004 г. упал на спину с забора высотой около 1,5 м. В момент травмы почувствовал боль в спине. Родителями доставлен в детский травматологический пункт, произведена спондилография в двух стандартных проекциях. Госпитализирован в экстренном порядке в специализированное отделение с диагнозом: закрытый компрессионный перелом тела Th_{VII} I-й степени, неосложненный. Получал консервативное лечение по предложенной нами схеме. При контрольном обследовании через 12 месяцев после выписки из стационара жалоб не предъявлял, движения в груднопоясничном отделе позвоночника восстановлены в полном объеме. Высота вентрального отдела и средняя поперечная площадь тела Th_{VII} восстановлены полностью (рис. 4).

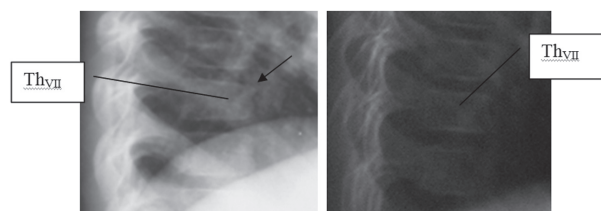


Рис. 4. Спондилограмма больного Игоря Г., 5 лет, в боковой проекции: а) при поступлении – клиновидная деформация тела Th_{VII} позвонка со снижением высоты его вентральных отделов, симптом «носвидного выступа» (указан стрелкой); б) через 12 месяцев после выписки из стационара – полное восстановление высоты вентральных отделов и поперечной площади тела Th_{VII} позвонка

Выводы

Таким образом, применение реклинирующих устройств, конструктивной особенностью которых является сочетание реклинирующей и стабилизирующей функций, адаптированных под конкретного больного, позволяет проводить эффективную диспансеризацию детей с компрессионными переломами позвоночника

I-II-й степени после выписки из специализированного стационара. В результате имеет место ранняя активизация больных, сокращение срока домашнего школьного обучения до 6-ти месяцев (при традиционной методике – 12 мес.) и, как следствие, ранняя активизация пациентов с вышеуказанной патологией, снижение у них психолого-педагогической напряженности.

Литература

1. Андрианов В.Л. Раннее выявление, диспансеризация и лечение детей с заболеваниями опорно-двигательного аппарата: сборник научных трудов института им. Г.И. Турнера. – Л., 1987. – С. 105–109.
2. Андреева Т.М. К установлению инвалидности детям // Проблемы профилактики инвалидности от травм и заболеваний опорно-двигательного аппарата: Тезисы докладов. – М., 1980. – С. 68–69.
3. Андрушко Н.С., Распопина А.В. Компрессионные переломы позвоночника у детей. – М.: Медицина, 1977. – С. 6–7.
4. Андрущенко О.М., Удин М.Г., Заворова М.С. Лечение постконтузионного миокардиального синдрома у детей с компрессионными переломами тел позвонков // XIV Российский национальный конгресс «Человек и его здоровье», 20–23 октября 2009. – СПб., С. 81–82.
5. Ардашев И.П., Григорук А.А. и соавт. Лечение неосложненных переломов позвоночника // Современные технологии в травматологии и ортопедии: ошибки и осложнения – профилактика и лечение. Международный конгресс, 5–7 октября 2004 г. – М. – С. 15.
6. Аршин В.М. Наши методы медицинской реабилитации в ортопедии и травматологии // Анналы травматологии и ортопедии. – 2008. – № 1. – С. 19–40.
7. Астахова Н.А., Боляев Ю.В., Жила Н.Г. Модифицированный реклинатор для грудного отдела позвоночника // Удостоверение на рац. предложение № 2470, ДВГМУ, 13.06.2006.
8. Бойков В.П., Марков А.В. Интеграционные процессы в вертебрологии и реабилитации // Современные технологии в травматологии и ортопедии: ошибки и осложнения – профилактика и лечение. Международный конгресс, 5–7 октября 2004. – М. – С. 20.
9. Елистратов С.М. Организация диспансеризации детей с последствиями травм опорно-двигательной системы // Ортопедия, травматология и протезирование. – 1990. – № 7. – С. 49–51.
10. Елистратов С.М., Воловик В.Е., Тяжелков А.П. и соавт. Диспансеризация детей с заболеваниями и последствиями травм опорно-двигательного аппарата. Методические рекомендации. – Комсомольск-на-А., 1991. – С. 10–11.

Координаты для связи с авторами: Астахова Наталья Александровна – аспирант кафедры детской хирургии, травматологии и ортопедии ДВГМУ, e-mail: Astasha_1982@mail.ru; Жила Николай Григорьевич – доктор мед. наук, профессор, заслуженный врач РФ, зав. кафедрой детской хирургии, травматологии и ортопедии ДВГМУ, e-mail: k_chlh@fesmu.ru.



УДК 616.34-007.43-007.271

В.П. Земляной, Ю.В. Летина, Р.И. Ярулин

ОСОБЕННОСТИ УЩЕМЛЕННЫХ ГРЫЖ У БОЛЬНЫХ С ОТЕЧНО-АСЦИТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова,
191015, ул. Кирочная, 41, тел. 8-(812)-303-50-00, e-mail: info@szgtmu.ru, г. Санкт-Петербург

Резюме

Исследованы результаты лечения ущемленных наружных грыж живота у 30-ти больных, которые были разделены на основную и контрольную группы. В основную группу вошли 15 пациентов с отечно-асцитическим синдромом в результате обострения хронического вирусного гепатита. Из них прооперировано 14 больных, осложнения ущемленных грыж отмечались у 4-х пациентов, летальный исход наступил в 3-х случаях. В контрольную группу вошли 15 больных без печеночной патологии. Из них прооперировано 15 больных, осложнения ущемленных грыж отмечались у 1-го пациента, летальный исход наступил в 1 случае. Выявлены особенности течения заболевания, наличие и характеристика осложнений в зависимости от сроков выполнения оперативного вмешательства, проанализированы причины релапаротомий и летальных исходов. Сделан вывод, что отечно-асцитический синдром