



...ди позвоночно-двигательного сегмента, что позволяет рано активизировать больных. Это сокращает сроки пребывания в стационаре, предотвращает возникновение осложнений, связанных с длительным постельным режимом и способствует раннему восстановлению работоспособности пациента

3. Исключается дополнительная физическая и моральная травма пациенту, являющаяся следствием забора аутотрансплантата (дополнительный рубец, дефект крыла подвздошной кости, болевой синдром в месте забора аутокости).

**Литература**

1. Мусалатов Х.А. О показаниях к хирургическому лечению грыжи межпозвонкового диска при поясничном остеохондрозе / Х.А. Мусалатов, А.Г. Аганссов, Н.Е. Хорева // Нейрохирургия. - 1999. - №

2. - С. 29-30.

2. Радченко В.А. Оптимизация хирургической тактики и техники при дистрофических заболеваниях поясничного отдела позвоночника: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук / В.А. Радченко. - Харьков, 1996. - 43 с.

3. Хорева Н.Е. Основные ошибки при хирургическом лечении грыж межпозвонковых дисков пояснично-крестцового отдела позвоночника / Н.Е. Хорева, В.В. Крылов, Д.Н. Дзукаев // Матер. III съезда нейрохир. России. - СПб., 2002. - С. 292-293.

4. Юмашев Г.С. Оперативное лечение передним доступом грыж диска в поясничном отделе позвоночника / Г.С. Юмашев, О.Е. Капанадхэс, М.Н. Елизаров // Остеохондроз позвоночника: Матер. науч. симпози. - М., 1992. - С. 96-101.

5. Godde S. Influence of cage geometry on sagittal alignment in instrumented posterior lumbar interbody fusion / S. Godde, E. Fritsch, M. Dienst, et al. // Spine. - 2003. - Vol. 28. - P. 1693-1699.

**РЕЗУЛЬТАТЫ СТАБИЛИЗИРУЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ ИМПЛАНТАМИ ИЗ ПОРИСТОГО НИКЕЛИДА ТИТАНА ПРИ ДЕГЕНЕРАТИВНЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА**

**С.А. Джумабеков, Р.А. Уматалиев, М.К. Сабыралиев, Мырзахат уулу Абас**  
*Бишкекский научно-исследовательский центр травматологии и ортопедии, г. Бишкек*  
*Ошская межобластная объединенная клиническая больница, г. Ош*

**Резюме.** В научной работе отражены результаты хирургического лечения 98 пациентов с дегенеративными поражениями пояснично-крестцового отдела позвоночника в отделениях патологии позвоночника БНИЦТО и нейрохирургии ОМОКБ в период с 2007 по 2010 годы. На основе имеющихся передних стабилизирующих операций с применением аутотрансплантата, внедрена новая методика хирургической стабилизации нестабильных дегенеративных поражений передним, стабилизирующим корпородезом пористым никелидом титана. Дана сравнительная оценка результатов стабилизации аутокостью и никелидом титана.

**Ключевые слова:** пористый никелид титана, аутокость, пояснично-крестцовый отдел позвоночника, дегенеративные поражения.

**АУТОТРАНСПЛАНТАТ ЖАНА ТИТАН НИКЕЛИДИ МЕНЕН ОМУРТКАЛАРДЫ БЕКИТҮҮ НАТЫЙЖАЛАРЫ САЛЫШТЫРЫП КӨРГӨЗҮЛДҮ.**

**Корутунду.** Бул илимий эмгекте БИИТОБнун омурткалар патологиясы жана ООБОнун нейрохирургия бөлүмдөрүндө 2007- 2010 жыл аралыгында омуртканын тутумунун бел-куймулчак бөлүмүнүн дегенеративдик оорулары менен 98 жабыркалануучунун хирургиялык дарылоосунун натыйжалары көргөзүлгөн. Бөлүмдө жасалып жүрүүчү аутотрансплантат менен алдынкы корпородез ыкмасын үлгү катары алып, туруксуз омуртка тутумун титан никелидин колдонуу менен алдынкы корпородез ыкмасы сунушталды.





**The summary.** In scientific work results of surgical treatment of 98 patients with degenerate defeats of lumbosacral department of a backbone in branches of a pathology of backbone BSRCTO and neurosurgery ОИЧН during 2007 for 2010 are reflected. On the basis of available forward stabilizing operations with application bonecraft, the new technique of surgical stabilization of a stable degenerate defeats to the lobbies stabilizing interbody fusion porous nickel-titanium is introduced. The comparative estimation of results of stabilization and porous nickel-titanium the titan is given.

**Keywords:** porous nickel-titanium, bonecraft, lumbosacral department of the spine, degenerative defeats.

**Введение.** Известно, что весьма актуальной проблемой современной вертебрологии является адекватное устранение сегментарной нестабильности позвоночно-двигательного сегмента, возникшей в результате дегенерации тканей межпозвонкового диска [1, 2].

Несмотря на многообразие существующих хирургических технологий, основной целью оперативного вмешательства при дегенеративных поражениях позвоночника было и остается устранение патоморфологических факторов. Патогенез дегенеративных поражений позвоночного столба складывается из последовательных фаз, среди которых выделяют и фазу нестабильности. Естественно, что стабилизация является важнейшим моментом патогенетически обоснованного лечения дегенеративных поражений позвоночника [3, 4].

При стабилизации пораженного ПДС классическим методом корпородеза (межтелевой), когда укладка трансплантата осуществляется кортикальной поверхностью к телам смежных позвонков, создается резервное пространство между трансплантатом и материнским ложем (из-за анатомической кривизны крыла подвздошной кости).

Это свою очередь создает неблагоприятные условия для стабильного корпородеза за счет уменьшения площади и плотности соприкосновения ауто трансплантата с материнским ложем [5, 6].

Различные же модификации укладки ауто трансплантатов (вертикально, спаренно, по типу "русского замка") хотя и увеличивают площадь контакта с материнским ложем, однако ускорить процесс остеоинтеграции и формирование костного блока не могут. Также, немаловажной

вехой при применении трансплантатов из аутокости для переднего спондилодеза является то обстоятельство, что пациент вынужден находиться на долгом постельном режиме и вытекающими отсюда осложнениями со стороны сердечно-сосудистой, легочной, мочевыделительной и опорно-двигательной систем [6].

И поэтому целью нашего исследования явилось - улучшение результатов стабилизирующих операций при дегенеративных поражениях пояснично-крестцового отдела позвоночника с применением имплантатов из пористого никелида титана.

**Материал и методы исследования.** На базе отделений патологии позвоночника Бишкекского научно-исследовательского центра травматологии и ортопедии и нейрохирургии Ошской межобластной объединенной клинической больницы с 2007 по 2010 годы проведено хирургическое лечение 98 пациентов с дегенеративными заболеваниями пояснично-крестцового отдела позвоночника.

● Показаниями для оперативного лечения являлись:

- Неэффективность должного стойкого эффекта от консервативной терапии;
- Рецидивы заболевания более 3-4 раз в год;
- Наличие сегментарной нестабильности;
- Наличие компрессии нервно-сосудистых образований.

Среди оперированных 91 больных было 54 (59,3%) мужчин и 37(40,7%) женщин. Все больные были подразделены на основную группу (ОГ)-41(45%) пациентов и контрольную группу (КГ)-50 (55%) пациентов группы. Распределение пациентов по полу и возрасту в ОГ и КГ дано в таблицах 1, 2.





Таблица 1

Распределение пациентов основной группы по полу и возрасту (n=41)

Пол	Возраст (в годах)					Всего пациентов	
	до 30	31-40	41-50	51-60	старше 61	абс. ч.	%
Мужчины	1	12	4	1	-	18	44,0
Женщины	4	8	7	4	-	23	56,0
Абс. ч.	5 (12,2%)	20 (48,8%)	11 (26,8%)	5 (12,2%)		41	100,0

Возрастной диапазон их составил от 18 до 56 лет, в обеих группах заболеванием были подвержены лица трудоспособного возраста.

Таблица 2

Распределение пациентов контрольной группы по полу и возрасту (n=50)

Пол	Возраст (в годах)					Всего пациентов	
	до 30	31-40	41-50	51-60	старше 61	абс. ч.	%
Мужчины	6	14	15	1	-	36	72,0
Женщины	3	8	3		-	14	28,0
Абс. ч.	9 (18,0%)	22 (44,0%)	18 (36,0%)	1 (2,0%)	-	50	100,0

Пациентам основной группы был проведен передний стабилизирующий спондилодез заимствованных сегментов с применением пористых имплантатов из никелида титана. Пациентам же контрольной группы, проведен межтеловой спондилодез аутотрансплантатом из гребня подвздошной кости.

**Результаты и их обсуждение.** После проведения оперативного лечения активизация больных в основной группе производилась на 3-сутки, тогда как в контрольной группе активизация осуществлялась только на 10-12 сутки, что нередко осложнялась присоединением гипостатической пневмонии, гипотрофией мышц нижних конечностей, рефлекторной задержкой мочеиспускания, парезом кишечника, особенно выраженным у лиц выше 40 лет.

Также немаловажное значение в оценке результатов лечения сыграла роль, проведение контрольных спондилограмм, КТ и МРТ - исследований, где формирование костного блока в оперированном сегменте отставало в среднем на 2-3 месяца, и составило 3-3,5 месяцев в основной

группе и 5-5,5 месяцев в контрольной группе.

В итоге после клинико-рентгенологической оценке лечения были отмечены следующие результаты:

1) хороший результат - полное восстановление трудовой деятельности, возможно ограничение больших физических нагрузок, состоявшийся спондилодез - достигнут у 34 (83%) больных основной и 29 (58%) больных контрольной группы;

2) удовлетворительный результат - частичное восстановление трудовой деятельности, имеют место рецидивы заболевания, купирующиеся консервативной терапией, формирующийся спондилодез - выявлен у 6 (14,6%) больных основной и 15 (30%) больных контрольной группы.

3) неудовлетворительный результат - отсутствие эффекта от лечения, ухудшение состояния, несостоятельность спондилодеза - отмечен у 1 (2,4%) пациента и 6 (12%) пациентов соответственно.

Таким образом, внедрение передних стабилизирующих операций имплантатом из пористо-



спондилита титана, значительно улучшает результаты хирургического лечения дегенеративных поражений пояснично-крестцового отдела позвоночника по сравнению с аналогичными с применением аутокости.

**Выводы.** 1. В сравнении с аутокостным спондилодезом, спондилодез пористым никелидом титана обеспечивает первичную жесткую стабильность фиксации позвоночно-двигательного сегмента, что позволяет рано активизировать пациентов. Это сокращает сроки пребывания в стационаре, предотвращает возникновение осложнений, связанных с длительным постельным режимом, особенно у лиц пожилого возраста.

2. Пористые импланты из никелида титана коррозионно стойки, немагнитны. Исключается травматичность оперативного лечения, так как нет необходимости в аутокости (дополнительный рубец, дефект крыла подвздошной кости, болевой синдром в месте забора аутокости).

3. Исключается формирование псевдоартрозов, фиброзного сращения и лизиса аутотрансплантатов.

4. Внедрение в клиническую практику данного метода позволило повысить эффективность лечения и добиться получения хороших отдаленных результатов, увеличив их с 58,0% до 83,0%, сократив при этом с 12,0% до 2,4% количество неудовлетворительных результатов, в сравнении с традиционными методиками операции.

## Литература:

1. Бисюков Д.А. Дескомпрессия и металлоспондилодез в хирургии дегенеративных заболеваний в пояснично-крестцовом отделе / Д.А. Бисюков, М.Ф. Дуров, А.М. Стасюк // Науч.-практ. конф. SICOT: Тез. докл. - СПб., 2002. - С. 20-21.
2. Мусалатов Х.А. О показаниях к хирургическому лечению грыжи межпозвонкового диска при поясничном остеохондрозе / Х.А. Мусалатов, А.Г. Аганесов, Н.Е. Хорева // Нейрохирургия. - 1999. - № 2. - С. 29-30.
3. Некрасов А.К. Анализ причин неудовлетворительных клинических исходов хирургического лечения грыж межпозвонковых дисков поясничного отдела позвоночника / А.К. Некрасов, М.А. Некрасов // Акт. вопр. поврежд. и заболев. нервной сист.: Матер. конф. - Иваново, 2001.- С. 124.
4. Погожева Т.И. Сравнительный анализ возрастных и дегенеративно-дистрофических изменений при остеохондрозе поясничного отдела позвоночника / Погожева Т.И. // Вертебродология - проблемы, поиски, решения: Матер. науч.-практ. конф. - М., 1998. - С. 146-147
5. Рождественский С.В. Осложнения хирургического лечения у больных с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника / С.В. Рождественский, А.С. Рождественский // VII съезд травматол.-ортопед. России: Тез. докл. - Новосибирск, 2002. - С. 212-213.
6. Симонович А.Е. Хирургическое лечение дегенеративных поражений поясничного отдела позвоночника: Дисс. ....доктора мед. наук. /Симонович А.Е., Новосибирск. - 2005. - 368.

## АНАЛИЗ ПРИЧИН РЕЛАПАРОТОМИЙ

Эралиев Б.А.\*, Ашимов Ж.И. \*\*, Ыдырысов И.Т. \*\*\*  
(НХЦ\*, КГМИПуПК\*\*, ТГБ г. Ом \*\*\*)

**Резюме:** основными причинами является позднее поступление больных с осложненными формами кишечной непроходимости, язвенная болезнь желудка и ДПК, холецистит. Недостаточное обследование больных до операции, задержка хирургического вмешательства, неадекватная коррекция нарушенных функций.  
Ключевые слова: перитонит, релапаротомия, причины, летальность.

**Резюме:** ичегинин өткөргүчтүнүн бузулушунун, карындын жарасынын, он эки эли ичегинин, холециститтин күчөгөн формалары менен жабыркаган бейтаптардын дарыгерге кеч кайрылышы, бейтаптарды операцияга чейин текшерүүдөн так өткөрбөө, хирургиялык кийлигишүүнүү кечдетүү, функциялардын бузулушун туура эмес дарылоо негизги себеби болуп эсептелинет.

**Негизги сөздөр:** перитонит, релапаротомия, себептери, жыйынтык.

**Resume:** the main causes are later admission of the patients with complicated forms of intestinal obstruction, stomach ulcer and duodenum, cholecystitis, inadequate correction of disturbance functions.

**Key words:** peritonitis, relapatomy, causes, death rate.