

одного пациента сохранялась патологическая подвижность по причине миграции кей-джа и отсутствии спондилодеза.

Выводы

Значительное уменьшение болевого синдрома и формирование спондилодеза в большинстве случаев происходит в течение 6 месяцев после операции.

Основными критериями формирования спондилодеза можно считать время, прошедшее с момента оперативного вмешательства, уменьшение болевого синдрома по ВАШ, рентгенологическое подтверждение костного сращения (при использовании компьютерной томографии и рентгенографии позвоночника).

УДК 616.711:616.71-089.844

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВЕРТЕБРОПЛАСТИКИ И КИФОПЛАСТИКИ ПРИ СНИЖЕНИИ КОСТНОЙ ПЛОТНОСТИ ПОЗВОНКОВ

Рожин В. В.^{1,2}, Кириленко С. И.^{1,2}, Кутько О. П.^{1,2}

¹Учреждение

«Гомельская областная клиническая больница»,

²Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Вертебропластика — малоинвазивная чрескожная операция, суть которой заключается в ведении в тело пораженного позвонка через полую иглу жидкого полиметилметакрилата, застывающего через короткий промежуток времени (7–13 мин). Операция проводится с целью укрепления позвонка при патологических процессах, сопровождающихся снижением плотности костной ткани. Кифопластика отличается от вертебропластики тем, что в теле позвонка предварительно создается полость при помощи гидробаллона с последующим его удалением и введением в полученную полость полиметилметакрилата. Операции могут выполняться под общей или местной анестезией. Основными показаниями к применению методик: патологический перелом на фоне остеопороза, гемангиомы, метастазы. Противопоказания: деструкция задней стенки тела позвонка, оскольчатый характер патологического перелома.

Цель

Проанализировать результаты использования вертебропластики и кифопластики при лечении пациентов с патологией позвоночника.

Материал и методы исследования

Изучены результаты лечения пациентов в нейрохирургическом отделении № 2 за период 2015–2018 гг. Использовалось оборудование: набор для введения цемента, цемент, рентгенконтрастный стол, секундомер, рентгеновский аппарат с функцией электронно-оптического преобразования. До операции всем пациентам было выполнено рентгенография соответствующего отдела позвоночника в двух проекциях. КТ интересующего сегмента, в ряде случаев МРТ позвоночника. Оценивался болевой синдром у пациентов по шкале ВАШ до операции и в сроки 6–12 месяцев после.

Результаты исследования и их обсуждение

За указанный период было прооперировано 20 пациентов. Среди пациентов преобладали женщины — 16 (80 %) пациентов, мужчин было 4 (20 %). Средний возраст среди женщин составил $60,1 \pm 12,2$ лет; среди мужчин — $56,8 \pm 18,1$ лет. По поводу переломов тел позвонков на фоне остеопороза прооперировано — 11 (55 %) пациентов; ге-

мангиомы тел позвонков — 8 (40 %) пациентов; метастатическое поражение — 1 (5 %) пациент. Кифопластика была выполнена 7 пациентам, причем одному из них было зацементировано 3 соседних позвонка, 2 пациентам по 2 соседних позвонка. Средняя интенсивность боли по шкале ВАШ до операции составила $6,7 \pm 1,1$ баллов; после операции — $2,4 \pm 1,1$ балла. 2 оперативных вмешательства было выполнено под местной анестезией (в связи с тяжелой сопутствующей патологией и отсутствии возможности общей анестезии), остальные под общим наркозом. Кровопотери во время операции не было. Осложнений не встречались ни у одного из пациентов. Вертикализация была выполнена у всех пациентов в течение первых суток после операции.

Выводы

Как показал наш опыт, вертебро- и кифопластики в настоящее время является успешным и безопасным методом лечения патологических переломов позвонков, гемангиом, имеющий низкий процент осложнений и позволяющий в большинстве случаев купировать болевой синдром, провести раннюю реабилитацию в послеоперационной периоде.

Кроме того данное оперативное вмешательство может быть выполнено под местной анестезией, что позволяет избежать возможных осложнений от наркоза у пациентов с тяжелой соматической патологией.

УДК 577.125:616.36-002-036.12

ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С

Саварина В. А.¹, Михайлова Е. И.¹, Калиновская Ж. Н.², Сатырова Т. В.²

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

²Учреждение

«Гомельская областная клиническая больница»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Хронический вирусный гепатит С (ХВГС) является важным вопросом современной медицины ввиду его широкой распространенности, в том числе среди людей трудоспособного возраста, стертости его клинической картины, дороговизны терапии и наличия инвалидизирующих осложнений, таких как цирроз печени, гепатоцеллюлярная карцинома и т. д.

Основным методом терапии ХВГС в настоящее время является так называемая комбинированная противовирусная терапия (КПВТ) пегилированным интерфероном- α и рибавирином, которая позволяет добиться эрадикации вируса примерно в 40 % случаев при 1b генотипе HCV и в 80 % при 3 генотипе [1].

Внимание авторов привлекают закономерности изменения показателей липидного обмена у пациентов с ХВГС как до начала КПВТ, так и на фоне ее проведения. По мнению некоторых исследователей, уровень холестерина (ХС) у пациентов с ХВГС снижается, что связано с угнетающим влиянием HCV на синтетическую функцию печени [2, 3]. Другие авторы, наоборот, указывают на гиперхолестеринемия у инфицированных лиц [4].

Есть исследования, показывающие, что исходно более высокий уровень ХС перед проведением КПВТ может быть предиктором достижения устойчивого вирусологического ответа (УВО) [4].

В результате проведенного лечения уровень ХС, по мнению некоторых авторов, повышается, по мнению других, наоборот, снижается [3; 5]. Таким образом, единого мнения среди исследователей нет.