

Цель

Изучить отдаленные результаты разработанных органосохранных хирургических вмешательств при лечении пациентов с некрозом головки бедренной кости, сравнить их с результатами консервативных методов лечения.

Материал и методы исследования

Для анализа выделена группа А, в которую включены 77 пациентов молодого возраста с НГБК (124 тазобедренных суставов), которым проводилось консервативное лечение. В группу Б включены 90 пациентов (94 тазобедренных суставов), которым выполнены оперативные вмешательства с помощью разработанных оригинальных малоинвазивных технологий. Применялись костная пластика, клеточные технологии, титановый сетчатый имплантат.

Результаты исследования и их обсуждение

Средние сроки оценки результатов в группе В составили 29,2 [24,8; 33,6] мес., а в группе А — 26,8 [23,6; 30] мес. Средний ННS после хирургического лечения составил 81,2 [74; 88,2] баллов, а после консервативного лечения составил 58,2 [56,1; 61,6] баллов. Применение органосохранных вмешательств позволило улучшить клинический результат лечения на 23 балла по шкале Harris, за счет уменьшения болевого синдрома, увеличения амплитуды движений в суставе. Тотальному эндопротезированию тазобедренного сустава были подвергнуты 67 (54 %) из 124 наблюдаемых случаев в группе А и 14 (15 %) из 94 случаев прооперированных суставов в группе В. Различия в сроках выполнения ТЭТС в исследуемых группах были статистически незначимы ($p = 0,15$). Разработанные и внедренные органосохранные хирургические вмешательства в разрезе исследуемых групп позволили снизить частоту операций ТЭТС на 39 % по сравнению с консервативным лечением.

Выводы

Анализ отдаленных результатов применения разработанных и внедренных малоинвазивных технологий доказал их эффективность и безопасность в лечении некроза головки бедренной кости у молодых пациентов.

УДК 616.728.14-073.756.8

МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ БЛОКАДЫ ЗАДНЕЙ ДЛИННОЙ КРЕСТЦОВО-ПОДВЗДОШНОЙ СВЯЗКИ ПОД СОНОГРАФИЧЕСКИМ КОНТРОЛЕМ

Назаренко И. В.¹, Юрковский А. М.¹, Ачинович С. Л.²

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

²Учреждение

«Гомельский областной клинический онкологический диспансер»

г. Гомель, Республика Беларусь

Цель

Повысить эффективность диагностической блокады при лигаментопатии задней длинной крестцово-подвздошной связки путем разработки стандартизированной методики ее проведения

Материал и методы исследования

В исследование были включены результаты сонографически контролируемых блокад задней длинной крестцово-подвздошной связки (ЗДКПС) 126 пациентов, имевших проявления ЗДКПС-индуцированного синдрома боли в нижней части спины. Оценка интенсивности болевого синдрома проводилась непосредственно перед процедурой и

через 5 минут после (использовалась визуальная аналоговая шкала с диапазоном значений 0–10 баллов). Оценка точности введения препарата при использовании предложенных методик проводилась во время аутопсии путем введения 2 мл 1 % спиртового раствора метиленового синего в область средней трети ЗДКПС.

Результаты исследования и их обсуждение

В 97 (77 %) случаях оптимальным вариантом оказалось использование линейного датчика с диапазоном частот 8–10 МГц, в 29 (23 %) случаях пришлось использовать конвексный датчик с диапазоном частот 3,8–5 МГц (при ИМТ ≥ 30). В 126 (100 %) случаях оптимальным оказалось положение пациента стоя в полуфлексии. Оптимальной для начала сканирования оказалась точка, отстоящая на 50 мм от линии остистых отростков на уровне остистого отростка S_{II} — задняя верхняя ость подвздошной кости (проксимальный энтез ЗДКПС) и точка, отстоящая на 15 мм от задней верхней ости подвздошной кости (средняя треть ЗДКПС). Ориентирование сканирующей поверхности по линии, соединяющей заднюю верхнюю ость подвздошной кости и крестец, под углом $11,4 \pm 2,2^\circ$ во всех случаях обеспечило визуализацию ЗДКПС. Оптимальной точкой введения анестетика оказалась область средней трети ЗДКПС, ближе к зоне энтеза. Точность введения препарата при использовании предложенной методики во время аутопсии было отмечено попадание в зону интереса 2 мл 1 % спиртового раствора метиленового синего.

Выводы

Предложенные методики сонографически контролируемых блокад подвздошно-поясничной связки обеспечивают адресное введение анестетика в зону интереса.

УДК 616.14-005.6/7-089

ТАКТИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ВЕДЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С ЭМБОЛОГЕННЫМИ ВЕНОЗНЫМИ ТРОМБОЗАМИ

Небылицин Ю. С., Михневич А. В.

¹Учреждение образования

«Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»
г. Витебск, Республика Беларусь

Цель

Сравнение различных методов лечения пациентов с эмбологенными тромбозами системы нижней поллой вены.

Материал и методы исследования

В исследование включено 70 пациентов с эмбологенными тромбозами системы нижней поллой вены. В зависимости от проводимого лечения все пациенты были разделены на три группы. В 1-й группе ($n = 25$) пациентам с куполообразным флотирующим тромбозом проводилось консервативное лечение, во 2-й группе ($n = 11$) производилась перевязка магистральной вены, в 3-й группе ($n = 34$) пациентам применялась открытая паллиативная тромбэктомия из магистральной вены.

Результаты исследования и их обсуждение

В раннем послеоперационном периоде у пациентов в группах 2 и 3 прогрессирование тромбоза выше лигатуры не наблюдалось ни в одном случае. У пациентов после проведения тромбэктомии симптомы венозного стаза регрессировали с небольшими остаточными явлениями (пастозность нижних конечностей) в течение 10–14 суток. В 1-й и 2-й группах наблюдались стойкий отек нижней конечности, усиливающийся после физической нагрузки, а также боли ноющего характера в икроножных мышцах. У пациентов 3-й группы стойкого отека нижней конечности и как следствие болевого синдрома