

Травматология

ЖӘНЕ

Ортопедия

Омыртқаны көңделең және тіке тартудың пайдалы екені ауруларды операцияға дайындау ұшын зерттелді. Омыртқаның негізгі майысқан жерінің қозғалуы сколиоздың даму дәрежесіне байланысты болады. 3-дәрежелі сколиоз -24,8%, 4-дәреже -17,2%, өте ауыр деформациялы сколиоз -9,4%. 3-дәрежелі сколиозда көңделең тарту омыртқаның майысқан жерінің қозғалуына 2,5% көмек жасайды, ал тіке тарту 22,4%, 4-дәрежелі сколиозда көңделең тарту омыртқаның майысқан жерінің қозғалуына 18,8% көмек жасайды, ал тіке тарту 34,8%. Өте ауыр сколиоз деформациясында көңделең тарту омыртқаның майысқан жерінің қозғалуына 16,7% көмек жасайды, ал тіке тарту 26,3% көмек жасайды. Операциядан алдығы омыртқаны тарту майысқан жердің қозғалу дәрежесіні көтереді және операциядан кейінгі сколиозды түзету нәтижесіні жақсартады.

The efficacy of horizontal and vertical stretching of the spinal column, which was used in preparation of patients with scoliosis for operation, has been learned during researches. Mobility of the main margin of scoliosis decreases with the increase of the scoliosis rate and amounts 24,8% - 3rd rate, 17,2% - 4th rate, at rough deformity - 9,4%. At 3rd rate of scoliosis the horizontal stretching of the spinal column contributes to increase the mobility to 2,5%, and the vertical stretching increases the mobility of the main margin to 22,4%. At 4th rate of scoliosis the horizontal stretching of the spinal column contributes to increase the mobility to 18,8%, and the vertical stretching increases the mobility of the main margin to 34,8%. At rough scoliotic deformity the horizontal stretching of the spinal column contributes to increase the mobility to 16,7%, and the vertical stretching increases the mobility of the main margin to 26,3%. Preoperational stretching of the spinal column allows the increase of the mobility of the main margin of curvature and the improvement of the results of postsurgical scoliosis correction.

Изучена эффективность горизонтального и вертикального вытяжения позвоночника, применявшаяся с целью предоперационной подготовки у больных со сколиозом. Из 31 обследованных больных в возрасте от 8 до 21 лет женщины составили 22, мужчины - 9 человек. Правостороннее направление основной дуги искривления было у 24, левостороннее - у 7 больных. Основную массу (76%) составили больные с грубыми деформациями и 4 степенью сколиоза, с 3 степенью сколиоза было 24% больных. Всем больным проводили рентгенологическое исследование позвоночника: «стоя» в прямой и боковой проекциях, мобильность основной дуги искривления определяли по функциональным рентгенограммам, произведенным «стоя» с наклонами в выключую сторону дуги искривления. Угол деформации по рентгенограммам определяли по методу Кобба.

Горизонтальное вытяжение применено у 13 больных. Горизонтальное манжетное вытяжение проводилось на кровати с постепенным увеличением груза до массы тела больного. Вытяжение проводилось в течение 1-2 часов, 3-4 раза в день. Контрольная рентгенография позвоночника производилась в конце процедуры горизонтального вытяжения через 2-3 недели.

Вертикальное вытяжение применено 18 больным. Вертикальное вытяжение проводилось на гравитационной раме с помощью головодержателя, который фиксировал голову и шею пациента [1]. Начинали вертикальное вытяжение от нескольких секунд до 10 минут безопорного положения больного на гравитационной раме. По достижении максимального

времени безопорного положения на вертикальном вытяжении (через 2-3 недели) больному производили контрольную рентгенографию в положении свободного виса на гравитационной раме. Каждые 7 дней осуществляли замеры расстояния между остистыми отростками 7 шейного и 1 крестцового позвонков (дистанция Макарова) в положении свободного виса на гравитационной раме. Вертикальное вытяжение позвоночника, как способ предоперационной подготовки, заканчивали, когда время свободного виса составляла более 10 минут и величина дистанции Макарова не изменялась. Одновременно с вытяжением позвоночника больные проходили курс физиотерапии, массажа, лечебной гимнастики.

Для оценки эффективности вытяжения позвоночника больные разделены на группы по степени тяжести сколиоза. При 3 степени сколиоза средний угол деформации составил 53,2°, а средняя величина мобильности основной дуги - 24,8% (13,2°) (таблица 1). Предоперационная подготовка горизонтальным вытяжением увеличила мобильность основной дуги деформации позвоночника в среднем до 27,3% (14,5°), а при применении горизонтального вытяжения - до 47,2% (25,1°).

При 4 степени сколиоза средний угол деформации основной дуги составил 73,4°, а средняя величина мобильности - 17,2% (12,6°). Горизонтальное вытяжение позвоночника увеличило мобильность основной дуги деформации в среднем до 36% (26,4°), а вертикальное вытяжение - до 52% (38,2°).

При грубых сколиотических деформациях (с углом основной дуги искривления 90° и более) сред-

Таблица 1- Результаты применения горизонтального и вертикального вытяжения позвоночника при сколиозе

Степень деформации	Средний угол основной дуги	Средний угол и величина мобильности основной дуги		Средний угол и величина мобильности основной дуги после:			
		в градусах	%	горизонтального вытяжения		вертикального вытяжения	
				в градусах	%	в градусах	%
1-(5 ⁰ -10 ⁰)		-	-	-	-	-	-
2-(11 ⁰ -30 ⁰)		-	-	-	-	-	-
3-(31 ⁰ -60 ⁰)	53,2 ⁰	13,2 ⁰	24,8%	14,5 ⁰	27,3%	25,1 ⁰	47,2%
4-(61 ⁰ -90 ⁰)	73,4 ⁰	12,6 ⁰	17,2%	26,4 ⁰	36,0%	38,2 ⁰	52,0%
Грубые деформации (90 ⁰ и более)	119,3 ⁰	11,2 ⁰	9,4%	31,1 ⁰	26,1%	42,6 ⁰	35,7%

ний угол основной дуги составил 119,3⁰, а средняя величина и угол мобильности - 9,4% и 11,2⁰. Предоперационная подготовка горизонтальным вытяжением увеличило мобильность основной дуги деформации в среднем до 26,1% (31,1⁰), а вертикальное вытяжение до 35,7% (42,6⁰).

Полученные результаты указывают, что основная дуга деформации является не мобильной при 3-4 степени и грубых сколиотических деформациях. Причем мобильность основной дуги сколиоза снижается с возрастанием степени сколиоза и составляет от 24,8% до 9,4%. При 3 степени сколиоза горизонтальное вытяжение позвоночника способствует увеличению мобильности основной дуги на 2,5%, а вертикальное вытяжение - на 22,4%. При 4 степени сколиоза горизонтальное вытяжение увеличивает мо-

бильность основной дуги на 18,8%, а вертикальное вытяжение на 34,8%. При грубых сколиотических деформациях горизонтальное вытяжение позвоночника увеличивает мобильность дуги деформации на 16,7%, а вертикальное вытяжение - на 26,3%. Предоперационное применение вытяжения позвоночника позволяет увеличить мобильность основной дуги искривления и улучшить результаты послеоперационной коррекции сколиоза.

ЛИТЕРАТУРА

1. А.с. SU 1119703 А61 № 1/36. / Гаврилов В.А., Филиппов Г.Н., Булдаков Г.Е. Способ лечения кифосколиоза у детей.- Новосибирск, 1978.