

повысить эффективность лечения поясничного остеохондроза.

Учитывая данный факт, цель нашего исследования – изучить технологию проведения и определить значимость эндоскопической минимально-инвазивной микродискэктомии при лечении поясничного остеохондроза.

Для достижения этой цели нами были поставлены следующие задачи:

– Изучить технологию проведения эндоскопической минимально-инвазивной микродискэктомии.

– Провести анализ результатов эндоскопической минимально-инвазивной микродискэктомии в ближайшем послеоперационном периоде и сравнить их с общепринятой методикой хирургического лечения поясничного остеохондроза.

После ретроспективного анализа 343 больных поясничным остеохондрозом, оперированных методом эндоскопической минимально-инвазивной микродискэктомии по Destandau, нами выявлено, что для успешного выполнения оперативного вмешательства операционная должна быть оснащена видеоэндоскопической стойкой с наборами оптики со встроенными стекловолоконными световодами и наборами соответствующих инструментов. Само оперативное вмешательство должно проводиться под эндотрахеальным наркозом или с использованием перидуральной анестезии. Перед операцией, по данным МРТ и рентгенологических снимков уточнялся уровень вмешательства. В проекции интересующего межпозвонкового промежутка производится линейный разрез кожи и подкожной жировой клетчатки длиной 15–20 мм, что зависит от конституции пациента. После этого производится рассечение апоневроза мышц разгибающих туловище, скелетирование заднего полукольца позвонка и введение операционного тубуса на этом уровне. По удалению желтой связки с помощью корешкового ретрактора корешок спинного мозга смещается медиально и обнажается задняя продольная связка с подлежащей под ней задней поверхностью диска. Производится их рассечение. После чего ткань диска и секвестры удаляются. После выполнения дискэктомии производится осмотр операционного поля и тубулярный ретрактор удаляется. На мягкие ткани накладываются послойные швы (мышцы, апоневроз мышц разгибающих туловище, подкожная клетчатка, кожа).

По данной методике в нейрохирургическом отделении Белгородской ОКБ в 2009 году было оперировано 343 больных поясничным остеохондрозом.

Среди больных, которым было проведено комплексное клиническое обследование и хирургическое лечение, преобладали лица мужского пола – 199 человека (58,0%), в то время как женщин было 144 человека (42,0%). По-

добная закономерность обусловлена занятостью мужчин более тяжелым физическим трудом. Больные в возрастной группе наиболее активно работающих в различных отраслях народного хозяйства (от 20 до 60 лет), заняла доминирующее положение и составила 338 человек (98,6%). Профессиональная принадлежность была самой разнообразной, однако, физическим трудом занимались 298 пациентов (61,0%). Выявлено, что межпозвонковый диск L_V-S₁ поражен у 166 больных, 48,4%, L_{IV}-L_V (131 наблюдение, 38,2%). Грыжи на уровне L_{III}-L_{IV} в 46 наблюдениях (13,4%). Два нижних поясничных межпозвонковых диска были поражены в преобладающем большинстве случаев – 297 наблюдения (86,6%), объясняется это наибольшей нагрузкой на этот уровень.

Положительный результат хирургического лечения достигнут у 319 пациентов (93,0%). Осложнения в виде рецидива грыжи оперированного диска отмечены у 24 больных (7%).

Полученные данные указывают на преимущество эндоскопической минимально-инвазивной микродискэктомии по Destandau в лечении поясничного остеохондроза т.к. рецидив грыжи диска с использованием общепринятой методики удаления грыж межпозвонковых дисков по данным (Хелимский А.М. 2000, Шустин В.А., с соавт. 2006) составляет 10-25%.

УЛЬТРАСТРУКТУРНОЕ ИЗУЧЕНИЕ СТАБИЛЬНЫХ И НЕСТАБИЛЬНЫХ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ БЛЯШЕК

Цыпленкова В.Г.

РКНПК МЗ РФ, Москва,
e-mail: tsyplenkova@cardio.ru

Осложнения атеросклероза – ишемическая болезнь сердца, инфаркт миокарда, ишемический инсульт – стоят на первом месте среди основных причин смерти населения нашей страны. Атеросклеротические бляшки могут быть стабильными и нестабильными: стабильные перекрывают просвет сосуда, нарушая кровоток. Нестабильные «грозят» разрывом, что приводит к тромбозам сосудов, инфаркту и инсульту. Существующие патологоанатомические критерии стабильности и нестабильности бляшек неоднозначны. Высокое содержание липидов, признаки воспаления, малое количество коллагена и гладкомышечных клеток, тонкая покрывка – все это признаки нестабильности. Однако в стабильных бляшках эти признаки также могут присутствовать в той или иной степени.

Нами были изучены бляшки от 9 больных, полученные вовремя операции эндартерэктомии. По патологоанатомическим критериям 6 из них были нестабильными, только 3 – стабильными. Электронномикроскопически в нестабильных бляшках отмечались явления разволокнения коллагеновых волокон, между которыми

накапливались липиды. Сами коллагеновые волокна и фибриллы были истончены, разнонаправлены, фрагментированы, что сказывалось на их прочности и могло привести к разрыву нестабильной бляшки. Эластические волокна и гликозаминогликаны занимали незначительную площадь бляшки. Количество клеточных элементов было низким, встречались фрагменты погибших клеток – макрофагов, нафаршированных липидами, резко осмиофильных гладких

миоцитов. Эти признаки были выражены в нестабильных бляшках в разной степени.

В стабильных бляшках коллагеновые волокна занимали значительную площадь, фибриллы плотно прилежали друг к другу, однако встречались регионы с отложением липидов и деструкцией коллагена. Для стабильных бляшек характерны были гладкомышечные клеточки синтетического фенотипа, с хорошо развитой гранулярной эндоплазматической сетью.

Педагогические науки

КОРРЕКЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ С ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ЦНС

Епифанцев А.В., Милокост С.А., Андреева М.Г.

*ГБУ РО «Областная детская больница»,
Ростов-на-Дону, e-mail: alexep4@rambler.ru*

Задачей данного исследования является выявление состояния и особенностей формирования ориентировочно-познавательных реакций, ориентировочно-познавательной деятельности у детей с перинатальной патологией ЦНС.

При выборе педагогических технологий для реабилитации данного контингента детей мы учитывали закономерные этапы развития детей раннего возраста и их индивидуальные особенности развития. Обобщая данные изучения детей раннего возраста с перинатальной патологией ЦНС можно констатировать, что у них не происходит завершенности ни в одном из этапов, характерных для нормального развития, и к концу первого года жизни при разном характере первичного нарушения наблюдаются сходные, хотя и вызванные разными причинами, вторичные отклонения в эмоциональном, сенсорном и моторном развитии. Наиболее существенными являются несформированность (или отсутствие) способов усвоения общественного опыта (умение действовать по указательному жесту, готовность к совместным действиям, подражание и действия по речевой инструкции) и несформированность невербальных форм и средств общения (эмоционально-личностной, экспрессивно-мимической). Учитывая, что вторичные отклонения оказываются очевидными, ярко выраженными уже к концу первого года жизни, можно утверждать, что упущен наиболее чувствительный период в развитии ребенка. Поэтому важно максимально сокращать разрыв между моментом определения первичного нарушения и началом целенаправленного обучения ребенка, включающего как неспецифические, так и специфические компоненты.

В качестве базовых методик при диагностике психомоторного развития детей младенческого возраста мы использовали методики Г.Л. Печоры, Г.В. Пантюхиной и Э.Л. Фрухт (1983), методику Гриффите (в переводе Кешишян, 2000).

Логопедами-дефектологами разработана и активно используется модель ранней комплексной помощи в условиях реабилитационного центра ГУЗ ОДБ г. Ростова-на-Дону.

Работа проводится в двух направлениях: изучение индивидуальных особенностей ребенка, дефектологическая коррекция и психологическая поддержка матери. Матери больных детей обучаются необходимым педагогическим приемам.

Изучение особенностей каждого ребенка и определение оптимальных условий для нормализации эмоционального и психического состояния ребенка является одной из важнейших задач. На начальном этапе необходимо помочь ребенку выделить поведенческие ориентиры в период бодрствования. В присутствии матери педагог проводит игры и упражнения, направленные на развитие эмоционального общения, ориентировочных реакций и определенных движений. Данные упражнения способствуют формированию взаимосвязи межанализаторных систем (зрительных, слуховых, тактильных, двигательных). В результате использования определенной программы методов педагогического воздействия на ранних этапах развития формируются функциональные связи, которые способствуют возникновению ориентировочно-познавательных реакций или ориентировочно-познавательной деятельности у ребенка. Способствующими условиями могут быть адекватные способы взаимодействия взрослого с ребенком с учетом его возрастных и индивидуальных особенностей (вторичные отклонения в развитии, характер и степень выраженности первичного нарушения ЦНС), создание предметно – развивающей среды, разработка индивидуальных программ воспитания, обучения и развития для каждого ребенка. Программа содержит поэтапное формирование нарушенных функций и включает эмоциональное общение со взрослым, развитие сенсорных процессов, формирование подготовительных этапов понимания речи, формирование движений рук и действий с предметами, нормализация тонуса мышц и моторики артикуляционного аппарата, коррекция кормления, стимуляция орального автоматизма, подавление оральных автоматизмов, развитие дыхания и голоса.