

роговизни, а також не в останню чергу внаслідок консерватизму хірургів, ці матеріали в нашій країні поки що не знайшли широкого застосування. Виробництво сучасних видів хірургічних ниток на вітчизняному ринку допоможе покращити якість надання спеціалізованої хірургічної допомоги.

УРАЖЕННЯ ХРЕБТА ТА КРИЖОВО-КЛУБОВОГО З'ЄДНАННЯ ПРИ ПСОРІАЗІ

О.А. Бур'янов, В.П. Кваша (Київ)

Однією з найбільш складних проблем сучасної ортопедії і травматології являється попередження, рання діагностика та лікування дегенеративно-дистрофічних уражень хребта загалом та при псоріатичному артриті (ПА) зокрема. ПА зустрічається від 5 до 60 % випадків серед пацієнтів хворих на псоріаз, в два рази частіше серед чоловіків у віці від 25 до 54 років (63,63 %). Ураження апарату руху та опори при псоріазі призводить до втрати працездатності та інвалідизації пацієнтів. Слід вказати на зростання кількості пацієнтів на ПА.

Лікування ПА викликає значні труднощі не тільки в зв'язку з відсутністю чітких уявлень про генезис структурно-функціональних змін апарату руху та опори, але й поєднанням шкіряних та суглобових уражень. Ці патологічні процеси взаємо підсилюють перебіг захворювання, а в багатьох випадках створюють неможливість використання тих чи інших препаратів, так як останні негативно впливають на перебіг однієї з цих складових.

При обстеженні 252 пацієнтів, ураження хребта встановлено в 21,6% випадків, а крижово-клубового з'єднання в 53,2%.

По характеру перебігу уражень хребта розрізняли гостре, підгостре та хронічне. На основі аналізу структурно-функціональних порушень виділяли 4 фази: адаптації, напруження компенсаторних механізмів, зрив компенсації, декомпенсація. В залежності від ступеню прогресування декомпенсації трофічних систем хребцевого сегменту та регуляторних центрів розрізняли наступні типи перебігу захворювання: стабільний, прогресуючий, регресуючий і рецидивуючий.

Комплексне лікування уражень хребта при ПА можливо розділити на наступні групи:

- медикаментозні заходи і способи, які використовуються з метою патогенетичної терапії для прискорення реституції та регенерації, стимуляції компенсації, імунної та гормональної корекції і т.п.;
- фізіо-, бальнеологічні заходи;
- методи мануальної терапії;
- лікувальна фізкультура, масаж / при відсутності уражень шкіри в патологічній ділянці/;
- корсето- та ортезотерапія;

- блокування патологічних імпульсів шляхом лікувальних паравертебральних блокад.

Власні спостереження як і дані літератури, вказують на значну поширеність ураження крижово-клубового з'єднання (53,2%), яке має субклінічний характер перебігу. Як правило, таке ураження буває одностороннім та асиметричним як по локалізації, ступенем вираженості та характером (ділянки остеолізу чергуються з ділянками остеосклерозу). Виявлення сакроілеїту у хворих на псоріаз може допомогти в постановці діагнозу, тому рентгенологічне дослідження тазу слід включати в обов'язкові дослідження при даному захворюванні.

ХАРАКТЕРИСТИКА ОЧНОГО ТРАВМАТИЗМУ ЗА ДАНИМИ СПЕЦІАЛІЗОВАНОГО СТАЦІОНАРУ

Т.О. Хадикіна (Дніпропетровськ)

Очний травматизм – одна із важливих соціально-гігієнічних проблем, що має соціальне, економічне і медичне значення.

На наш погляд, в літературі їй приділяється недостатньо уваги, а дослідження присвячені здебільшого клінічним аспектам.

Ми провели спеціальне дослідження з метою отримання соціально-гігієнічної характеристики офтальмотравматизму населення, обумовленого ізолюванням та комплексним впливом різних чинників у великому промисловому регіоні.

Одним із його фрагментів є вивчення характеру очного травматизму за даних стаціонару (нам важливо було звернути увагу на відносно важкі пошкодження, використати належний облік випадків травм, можливість визначення чинників, обумовлюючих різні їх (пошкодження) види, і, перш за все, такі основні облікові ознаки як стать, вік, вид травми, її характер, локалізація пошкоджень та інш. (перелік цих ознак є більш інформативним в порівнянні з даними амбулаторій і поліклінік як каналів звертань постраждалих за медичною допомогою).

За літературних даних хворі з пошкодженнями органу зору в офтальмологічних стаціонарах становлять від 1,7 до 31,3%.

Для соціально-гігієнічної характеристики очного травматизму, виділення долі хворих з пошкодженнями органу зору серед госпіталізованих в офтальмологічний стаціонар, що мешкають на різних за екологічним навантаженням територіях промислового регіону, а також для визначення потреби в офтальмологічній допомозі нами проаналізовані дані 26720 історій хвороби пацієнтів, що перебували в відділеннях міської спеціалізованої лікарні на протязі 5-ти років.

Виявлено, що за період 1996-2000 р.р. серед стаціонарних хворих дорослі становили 38,31%, діти – 61,69%. Доля хворих з різними пошкодженнями