

больной (4,5%); почек и пупка – по 3 случая (13,6%). К моменту выявления экстрагенитальных очагов, генитальный эндометриоз был установлен в 18 случаях (81,8%). Длительность заболевания в составила 6 месяцев - 1 год.

При постановке диагноза учитывались: анамнез, жалобы, лабораторные исследования, золотым стандартом диагностики служило эндоскопическое исследование с последующим удалением патологического очага и гистологическим исследованием биоптата. Подтверждением экстрагенитального эндометриоза было выявление в биоптате ткани эндометрия в фазу пролиферации.

Оперативному лечению подверглись 100% случаев. Гестагены были назначены 3 больным (13,6%), агонисты гонадотропного рилизинг фактора - 10 больным (45,5%), антигонадотропины - 2 больным (9,1%), комбинированные оральные контрацептивы – 7 больным (31,8%).

Выводы:

1. Экстрагенитальный эндометриоз может встречаться под масками различных хирургических заболеваний, таких как обострение геморроя, мочекаменная болезнь и рак легкого (данные диагнозы первоначально были выставлены пациенткам).

2. Очень важно подробно собирать анамнез у пациенток, в том числе акушерско-гинекологический, специалистам негинекологического профиля, а при выявлении экстрагенитальных форм эндометриоза регулярно вести таких пациенток совместно с врачами гинекологами.

Литература:

1. Российское общество акушеров-гинекологов, ФГБУ «Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В. И. Кулакова» Минздрава РФ, Кафедра репродуктивной медицины и хирургии МГМСУ, Научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии им. Д. О. Отта, РАМН ГБУЗ МО Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии, ФГБУ «Эндокринологический научный Центр» Минздрава РФ, Российская Ассоциация по эндометриозу. Эндометриоз: диагностика, лечение и реабилитация. Федеральные клинические рекомендации по ведению больных. Москва, 2013, 53 с.

УДК: 616.717.5-001.5-08

С.Б. Машуров, Е.С. Аубакиров, А.Е. Алиев, Ж.Б. Мубараков ОТКРЫТЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО МЕТАЭПИФИЗА ЛУЧЕВОЙ КОСТИ ПЛАСТИНОЙ С УГЛОВОЙ СТАБИЛЬНОСТЬЮ

Кафедра травматологии и ортопедии
АО «Медицинский университет Астана»
Астана, Республика Казахстан

S.B. Mashurov, Y.S. Aubakirov, A.Y. Aliyev, Z.B. Mubarakov
**Open osteosynthesis of the fractures of the distal radius bone metaepiphysis by
plate with angular stability**

Department of Traumatology and Orthopedics
JSC «Astana Medical University»
Astana, Republic of Kazakhstan

Контактный e-mail: Pappy_rossy@mail.ru

Аннотация. В статье авторы рассматривают усовершенствованный операционный подход лечения дистальных метаэпифизарных переломов костей предплечья. При этом в своей работе отмечают, что увеличение положительных результатов возникают за счет снижения травматичности репозиции и сокращения сроков длительности операции.

Annotation. In this article authors examine the improved operational approach treatment of distal forearm metaepiphyseal fractures. Thus in this work noted that the increase in the positive results are due to reduce trauma reduction and shortening the duration of the operation.

Ключевые слова: Остеосинтез, перелом, лечение, метаэпифиз, лучевая кость.

Keywords: osteosynthesis, fracture, treatment, metaepiphysis, radius bone.

Введение

Несмотря на интенсивную разработку способов оперативного лечения переломов дистального метаэпифиза лучевой кости, по данным различных авторов, неудовлетворительные результаты лечения составляют в среднем 35% [1, 2, 4, 12, 13].

Цель исследования – определить результаты, усовершенствованного способа лечения дистальных переломов костей предплечья.

Материалы и методы исследования

Для исследования были изучены 40 пациентов с переломами дистального метаэпифиза лучевой кости, поступивших в травматологическое отделение городской больницы № 2 г. Астана в течение 2014-2015 годов. Возрастной интервал составил от 26 до 64 лет. Большинство пострадавших были лица трудоспособного возраста. Для изучения больные были разделены на 2 группы. В первую группу вошли 20 больных, прооперированных блокирующей пластиной без предварительной репозиции спицами Киршнера, среди которых по классификации АО-ASIF внесуставные переломы тип А₃-3, неполные внутрисуставные переломы лучевой кости тип В₃-7, полные внутрисуставные переломы тип С₁-5; С₂-4; С₃-1. Во вторую группу вошли 20 пациентов (переломов типа А₃-4, типа В₃-4, типа С₁-8; С₂-3; С₃-1), к которым применялся усовершенствованный способ оперативного лечения [3].

Способ лечения дистальных переломов предплечья включающий

остеосинтез конструкциями с угловой стабильностью при ладонном доступе отличается, тем что, для осуществления остеосинтеза вначале производят репозицию спицами по Karandji A. [10]. Далее переходят на ладонный доступ, при этом возникают элементы щадящей анатомической репозиции мелких осколков по типу лигаментотаксиса, длительная тракция по оси предплечья и необходимая коррекция волярной, ульнарной наклонностей кистевой суставной поверхности [7].

Среди исследуемых пациентов, женщин было 37 (92,5%), мужчин 3 (7,5%). Всем больным проводилась стандартная рентгенография в 2-х проекциях и по необходимости компьютерная томография.

Существует традиционная схема оценки результатов лечения, включающая сравнительную объективную оценку функции кисти с измерением объема активных движений в кистевом суставе, силы схватов, а также субъективная функциональная оценка и показатели рентгенометрии [5, 8, 9, 11].

Однако, для более объективной оценки отдаленных исходов лечения при переломе дистального метаэпифиза лучевой кости, мы воспользовались методикой С.Н. Измалкова и О.М. Семенкина (2007). Данная шкала оценки функции кисти сочетает как объективные, так и субъективные показатели и достаточно полно отражает различные аспекты, входящие в понятие «качество жизни» пациента. В ней выделяются А-субъективная оценка, В-объективная оценка и 5 основных подпунктов. По каждому из этих пунктов выставляется определенное количество баллов, после чего они суммируются, и по итоговому баллу оценивается результат. При определении результатов мы придерживались следующим критериям. Индекс 90-100 отличный результат, 70-89 – хороший, 55-69 – удовлетворительный, <55 – плохой [6].

Результаты исследования и их обсуждение

Отдаленные результаты лечения закрытых переломов дистального отдела лучевой кости, к которым применялась традиционная тактика (I контрольная группа) и разработанная методика (II основная группа), прослежены у 40 больных в сроки от 3-х до 6 месяцев. Определили средние показатели рентгенометрии и клинического исследования кистевого сустава (таб.1).

Таблица 1

Средние показатели рентгенометрии и клинического исследования

Показатели	Норма	Больные	
		I группа	II группа
Рентгенометрия			
Ладонный наклон суставной поверхности лучевой кости, град.	+10-12	+8	+9
Лучелоктевой угол, град.	25-30	25	24
Лучелоктевой индекс, мм	0-2	+1,5	+1,6
Клиническое исследование			

Сгибание / разгибание, град.	60/0/60	55/0/50	54/0/52
Лучевое / локтевое отклонение, град.	30/0/40	28/0/34	26/0/35
Пронация / супинация, град.	90/0/90	90/0/80	90/0/80
Сила грубого схвата, % от показателя контралатеральной стороны	–	80	83

По средним показателям рентгенометрии лучезапястного сустава, объемов активных движений в кистевом суставе и силе схвата кисти, у больных в основной и контрольных группах существенных отличий не прослеживалось.

По нашим данным в контрольной группе была такая характеристика: отличных - 8 (40%), хороших - 9 (45%), удовлетворительных - 3 (15%). В основной группе следующая картина: отличных - 10 (50%), хороших - 9 (45%), удовлетворительных - 1 (5%). Показатели, отражающие результаты лечения были подвергнуты статистическому анализу (SPSS 17.0 на персональном компьютере). Расчеты показали наличие статистически значимых различий показателей в I и II группах ($p < 0,05$). При определении средние сроки продолжительности операции в исследуемых группах было отмечено, что снижение на 8 ± 2 минут в основной группе.

Таким образом, наш опыт открытого остеосинтеза переломов дистального метаэпифиза лучевой кости пластиной с угловой стабильностью с предварительной репозицией спицами Киршнера является более эффективной и намного упрощает ход проведения операции.

Выводы:

1. Усовершенствованный операционный подход позволил получить положительных результатов на 10% случаев больше по сравнению с контрольной, за счет минимальной травматичности репозиции и сокращение длительности операции на 8 ± 2 минут.

2. Предложенный подход лечения может с уверенностью применяться в экстренных травматологических клиниках, без особой экономических затрат и надлежащих дополнительных аппаратных приспособлений.

Литература:

1. Бойчук С.П. Лечение больных с закрытыми переломами дистальных метаэпифизов костей предплечья методом Илизарова / С.П. Бойчук //: автореф. дис... канд. мед. наук. - Пермь, 1994. - 25 с.

2. Иванов А.В. Оперативное лечение синдрома карпального канала как осложнение перелома дистального метаэпифиза лучевой кости / А.В. Иванов // Современные технологии в травматологии, ортопедии: ошибки и осложнения – профилактика, лечение: Тез. докл. - М., 2004. - С.56.

3. Корж Н.А. Распространенность переломов костей и результаты их лечения в Украине (клинико-эпидемиологическое исследование) / Н.А. Корж Н.А. //Ортопедия, травматология и протезирование. - 2010. №3. - С.26-35.

4. Измалков С.Н., Семенкин О.М. Хирургическое лечение больных с нестабильными переломами лучевой кости «типичном месте» / С.Н. Измалков, О.М. Семенкин // Методические рекомендации. - Самара, 2005. - 26 с.

5. Мензоров Н.В. высокотехнологические протезно-ортопедические изделия и периапериартериальная криосимпатодеструкция в комплексном лечении переломов дистального отдела предплечья: автореф. / Н.В. Мензоров Н.В. // дис... канд. мед. наук.: - Пермь, 2005. - 26 с.

6. Цой В.К. Закрытое функциональное лечение оскольчатых переломов дистального метаэпифиза лучевой кости: автореф. / В.К. Цой В.К. // дис... канд. мед. наук.: - Фрунзе, 1990. - 26 с.

7. Патент 2309671 RU, МПК А61В5/11, А61В6/00. Способ оценки функции кисти при переломе дистального метаэпифиза лучевой кости и определения тактики лечения //С.Н.Измалков, О.М.Семенкин №2005137774/14; Заявл. 05.12.2005; Оpubл. 10.11.2007.

8. Положительный результат формальной экспертизы РГП «Национальный институт интеллектуальной собственности» РК, заявка №2015/1425.1, МПК А61В17/58 от 10.12.2015. //Е.С. Аубакиров, А.Е. Алиев, Ж.Б. Мубараков, С.Б. Машуров. Способ усовершенствования при лечении дистальных переломов предплечья.

9. Cooney W.P. Der posttraumatische karpale Kollaps. / W.P. Cooney, H. Krimmer // – Berlin - Heidelberg, 2001. - S.50-53.

10. Kapandji A. Internal fixation by double intrafocal pinning: functional treatment of non-articular fractures of the lower end of the radius / A. Kapandji //Ann Chir Main 6: 57-63, 1987.

11. Martini A.K. //Handchir. Mikrochir. Plast. Chir. - 1999. - Bd 31. - S.153-154.

12. Rogge R.D. An analysis of bone stresses and fixation stability using a finite and element model of simulated distal radius fractures //Am. J. Hand Surg. - 2002. - №1. - P.86-92.

13. Xie X. Geometric properties of distal radius and pathogenesis of Colles fracture: a peripheral quantitative computed tomography study //J. Clin. Densitom. - 2001. - Vol.4. - №3. - P.209-219.

УДК 617.089

К.В. Новоселова, Е.П. Шурыгина
ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ

Кафедра общей и факультетской хирургии
ГБОУ ВПО Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

KV Novoselova, EP Shurygina
PREVENTIVE ASPECTS OF ADHESIVE DISEASE

Ural State Medical University
Yekaterinburg, Russian Federation