

рактерны для лиц старше 60 лет и определялись нарушениями кровообращения в этом возрасте.

Удовлетворительные результаты были установлены в 5,2% случаев (19 пациентов). Они ставились на основании снижения функции, ограничения приспособления к труду и быту. Такие результаты были следствием вторичного смещения отломков или самовольного снятия пациентами гипсовой повязки.

Неудовлетворительные результаты выявлены в 2 случаях (0,7%) у пациентов старше 70 лет на основании жалоб на резкое нарушение функции, постоянные боли при физической нагрузке, значительное снижение трудоспособности. Выхода на инвалидность при данном виде травм не было.

Научные разработки

Особенности развития дегенеративной патологии кисти у женщин

Кузнецова Н.Л., Гаев А.В.

Дегенеративная патология кисти, по данным Е.В. Усольцевой, К.И. Машкара (1986), составляет 39,8%. По классификации ВОЗ (1974), такие заболевания как контрактура Дюшоитрена, стенозирующий лигаментит, ганглий, хронический паратенонит, каналные синдромы относятся к фиброматозам неясной этиологии. По данным авторов (Н.Л. Кузнецова, А.М. Волкова, 1988), стенозирующий лигаментит, каналные синдромы, ганглий, хронический паратенонит (Фишман, 1963, Деген, 1963) чаще встречается у женщин. Резко выраженный половой диморфизм в возникновении того или иного заболевания позволяет предположить наличие компенсаторных механизмов, как у мужчин, так и у женщин, препятствующих развитию этих заболеваний.

Целью исследования явилось уточнение гормонального статуса и некоторых антропологических показателей женщин, как одной из наиболее вероятных причин развития дегенеративной патологии кисти.

Исследование проведено в областном центре «Хирургии кисти» г. Свердловска. На диспансерный учет взято 58 женщин в возрасте от 22 до 75 лет. Для выяснения однонаправленности влияния экологических и вредных производственных факторов было набрано две группы женщин. Первая группа сформирована при профосмотре работников завода РТИ г. Свердловска на рабочих местах. Во время осмотра у 4% обследованных выявлены дегенеративные процессы на кисти. Из них 78% составляют женщины, что можно объяснить двумя причинами:

— преобладанием среди работников женщин;

— специфическим влиянием агентов производства на организм женщин.

По данным авторов (В.А.Покровский, 1966, А.М.Колосова, 1974), основные химические агенты этого производства (ускорители вулканизации, антиоксиданты: тетраметилтиурамдисульфид, ТМТД, алтакс, каптис, стирол, дивинил, хлоропрен, бензин, дилоретан, этил ацетат) являются биологически активными веществами и при хроническом воздействии могут быть причиной заболеваний и интоксикаций.

Установлено также, что многие факторы производства РТИ оказывают неблагоприятные воздействия на специфические функции женского организма, вызывая изменения менструальной и детородной функций (А.П.Червякова, 1974, А.П.Маршалкин, 1974). В литературе есть данные о прямо гонадо- и эмбриотоксическом действии дитиокарбаматов (М.В.Ожован, 1970).

Вторая группа женщин (98 чел.) с дегенеративной патологией кисти выявлена путем осмотра больных в хирургических отделениях ГКБ № 14 и при обращении больных на консультативный прием в областную клинику «Хирургии кисти».

При обследовании установлено, что лиц, занятых физическим трудом 29, умственным также 29. Локализация патологического процесса справа — у 76, слева — у 85, двусторонний процесс — у 31, у 66 — сочетания различных патологических форм с болезнью Леддерхозе.

При опросе обнаружена разнообразная акушерско-гинекологическая патология. Со слов женщин, эти нарушения развились задолго до появления изменений со стороны кистей, т. е. они явились благоприятным фоном для развития дегенеративных процессов в тканях кисти. Как следует из таблицы, основными условиями для развития патологии кисти, с одной стороны, является состояние дисгормоноза, т.е. нарушение взаимоотношений между фракциями эстрогенов а, с другой стороны, нарушение процентных отношений между эстрогенами и андрогенами. Для подтверждения полученных данных анамнеза произведено комплексное обследование 38 женщин для оценки эстрогено-андрогенного баланса с использованием клинических критериев оценки по методике (С.А. Шадрина с соавтором, 1987).

Заключение при этом способе оценки гормонального статуса делается на основании показателя суммы весовых значений выявленных признаков. Пользование шкалой заключается в том, что по всем четырем группам признаков простым сложением определяется общая сумма баллов. Для контроля аналогичное исследование проведено 10 женщинам той же возрастной группы, не предъявлявшим жалоб гинекологического профиля.

Выявлена различная степень гормоноза у женщин с дегенеративной патологией кисти. У 13 женщин выявлен дисгормоноз 1 степени, у 16 — второй степени-третьей степени, у 7 — нормальный гормональный профиль.

Выявлена закономерность преобладания дисгормоноза тяжелой степени у лиц с заболеванием, начавшемся в молодом возрасте. Дисгормоноз третьей степени выявлен в возрастной группе 21-30 лет. Для других возрастных групп эта степень выраженности дисгормоноза не характерна. В возрастной группе 31-40 лет отмечен наиболее часто дисгормоноз 2 степени. Появление второй волны дисгормоноза 2 степени характерно после 50 лет с постепенным возрастанием количества больных в старших возрастных группах.

Проведенное исследование свидетельствует о том, что для больных с гигромой, синдромом карпального канала, болезнью де-Кервена, контрактурой Дюпюитрена характерно преобладание гинерандрогенизма. При «щелкающем пальце», хроническом паратеноните — преобладание гипозстрогенизма.

Исследован фенотип женщин с помощью дискретного метода структурного анализа, как выражение генотипа в тех или иных условиях. Генотип женщин определяется (Г.С.Васильченко, 1977) 1/ нарушениями цикла; 2/ течением беременности; 3/ трохантерным индексом; 4/ оволосением. Так, по данным литературы (Д.Д.Заяц, 1973), у 1/3 женщин с нарушениями цикла обнаружено нарушение формирования скелета. Эти четыре показателя не зависят от условий внешней среды. Наиболее информативным показателем является величина трохантерного индекса, являющегося отношением роста к длине ноги. Известно, что в предпубертатном периоде рост увеличивается удлинением ног, а в следующем за ним пубертатном — удлинением торса. У обследованных женщин в 52% ТИ не укладывается в рамки шкалы векторного определения половой конституции, где этот показатель колеблется в зависимости от силы половой конституции в пределах 1,88—2,05. Изменение ТИ идет в сторону уменьшения, т.е. имеет место удлинение ног. Это согласуется с данными, указывающими на то, что при недостатке эстрогенов в пубертатном периоде зоны роста открыты, рост костей продолжается, аналогичным образом действуют андрогены. У обследованных отмечены нарушения пубертатного развития, которые выражались в нерегулярности цикла, позднем начале месячных. У остальных больных 48% ТИ соответствовал слабому типу половой конституции. Однако остальные признаки генотипа не укладываются, «расплываются» по шкале, что еще раз подтверждает грубые гормональные нарушения. Трохантерный индекс является признаком специфическим, и его отклонения свидетельствуют

только о наличии раннего нарушения пубертатного развития, причем не всякого, а прежде всего, связанного с патологией гонад (Г.С.Васильченко, 1877).

У лиц контрольной группы не выявлено патологии ТГ.

При всех методиках исследования не выявлено различий в развитии дегенеративной патологии и гормональном статусе женщин в обеих изучаемых группах. С нашей точки зрения, перечисленные заболевания кисти развиваются у лиц с определенным фенотипом и гормональным статусом в случае воздействия разрешающих факторов внешней среды, способствующих срыву механизмов компенсации.

Выводы:

1. При дегенеративной патологии кисти выявлена та или иная степень дисгормоноза. Направленность патологических изменений определяется преобладанием гиперэстрогенизма или гиперандрогенизма.
2. Выявлена патология фенотипа женщин с дегенеративной патологией кисти, что свидетельствует о наличии у них пубертатного развития, связанного с патологией гонад.
3. Выявлена единая направленность патологических изменений на кисти как при воздействии экологических факторов, так и вредных производственных факторов химического резинового производства.

О патогенетических корреляциях контрактуры Дюпюитрена и канальных синдромах

Кузнецова Н.Л., Гаев А.В.

Контрактура Дюпюитрена и канальные синдромы кисти составляют наибольший удельный вес среди заболеваний этой локализации. Оба заболевания чаще являются двусторонними, начинаясь с одной кисти. По данным авторов (Усольцева Е.В., 1986), отмечено частое сочетание их, что позволило исследователям рассматривать обе нозологические формы как проявление общего заболевания организма. По данным исследователей, контрактура Дюпюитрена развивается чаще у мужчин 96,5% (Брянцева Л.Д., 1963), что позволяет предположить у женщин наличие компенсаторных механизмов, препятствующих развитию заболевания. Канальные синдромы наблюдаются чаще у женщин (Лурье З.Л., 1974).

Целью исследования явилось уточнение патогенетических факторов, способствующих развитию обоих заболеваний, а также возникновению их сочетаний с учетом полового диморфизма.