

2. Данный метод лечения позволяет увеличить интервал дожития у пациентов с ММ старше 65 лет и пациентов до 65 лет с тяжелой сопутствующей патологией почти на 11 месяцев (взят срок наблюдения с 1 января по 31 декабря 2015 года).

Литература:

1. Практические рекомендации по лечению злокачественных опухолей Российского общества клинической онкологии [Электронный ресурс] - г. Санкт-Петербург, 2014г. - Режим доступа: <http://www.rosoncoweb.ru/standarts/RUSSCO/>

2. Онкология. Национальное руководство / под ред. В.И. Чиссова, М.И. Давыдова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 576 с.

3. Черенков, В.Г. Клиническая онкология: учеб. Пособие для системы последиплом. образования врачей / В.Г. Черенков – Изд. 3-е, испр. и доп. – М.: МК, 2010. – 434 с.

4. Чу Э. Химиотерапия злокачественных новообразований. Пер. с англ / Чу Э., В. Де Вита-младший. – М., «Практика», 2009. – 455 с.

УДК 616.717.7

Т.В. Баркан, Д.В. Лобанова, И.А. Обухов
ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ
ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО АДАПТИВНОГО КОЛЛАПСА ЗАПЯСТЬЯ

Кафедра травматологии и ортопедии
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Россия

T.V. Barkan, D.V. Lobanova, I.A. Obukhov
FEATURES OF DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF
POSTTRAUMATIC CARPUS ADAPTIVE COLLAPSE.

Department of traumatology and orthopedics
Ural state medical university
Yekaterinburg, Russia

Контактный e-mail: tanya.bar.100.500@gmail.com

Аннотация. В статье рассмотрены понятия посттравматического адаптивного коллапса запястья и объективные признаки диагностики этого заболевания. Проведена оценка эффективности оперативных вмешательств при данной патологии по данным рентгенологического исследования.

Annotation. The article deals conceptions of posttraumatic carpus adaptive collapse and objective evidence of diagnostics this disease. It was carried out an assessment of efficiency surgical interventions on this pathology according to x-ray.

Ключевые слова: адаптивный коллапс запястья, неправильно сросшийся перелом лучевой кости, ограничение подвижности лучезапястного сустава

Keywords: carpus adaptive collapse, malunion of the radius, limited mobility of wrist joint

Введение

Адаптивный коллапс запястья (АКЗ) – термин, объединяющий группу повреждений и заболеваний, приводящих к изменению положения костей или групп костей запястья и как следствие, приводящее: к снижению его высоты, ограничению движений, болевому синдрому, прогрессированию остеоартроза. [4]

По этиологической классификации выделяют три типа АКЗ: I Ладьевидно-полулунный АКЗ; II АКЗ после нестабильного перелома ладьевидной кости; III АКЗ в результате неправильно сросшегося перелома дистального эпиметафиза лучевой кости (ДЭМЛК). В данной статье рассмотрен третий тип АКЗ. Патологическое состояние запястья из-за посттравматической деформации дистального эпиметафиза лучевой кости: после неправильного сращения разгибательного перелома в типичном месте.[1]

АКЗ определяется рентгенологически. Объективными признаками рентгенологической диагностики АКЗ являются: увеличение, реже уменьшение значения ладьевидно-полулунного угла (ЛПУ, в норме 30-60°); увеличение значения головчато-полулунного угла (ГПУ, в норме до 10-15°); снижение запястно-пястного коэффициента (ЗПК, в норме $0,53 \pm 0,03$); нарушение признака Gilula (дислокация костей запястья)[1].

Следствием изменения значения ладьевидно-полулунного угла является увеличение угла наклона фасетки лучевой кости, который в норме не должен превышать 11.

Задачами оперативного лечения являются воссоздание анатомических взаимоположений лучевой кости и костей запястья, восстановление нормальной амплитуды движения в кистевом суставе и устранение болевого синдрома. Воссоздание анатомических взаимоположений лучевой кости и костей запястья направлено на восстановление наклона суставной фасетки лучевой кости и длины лучевой кости. Выбор характера оперативного вмешательства определяется: типом АКЗ, степенью выраженности патологических изменений костей и сочленений в запястье. Выделяют: реконструктивные операции – направленные на восстановление формы запястья; резекция патологически измененных участков – в случае выраженного остеоартроза; различные стабилизирующие и частично ограничивающие движения вмешательства.[3,5]

Цель исследования - улучшение результатов оперативного лечения больных с адаптивным запястьем.

Материалы и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ историй болезней 16 больных с посттравматической деформацией дистального эпиметафиза лучевой кости в

сроки от 2,5 и более месяцев после травмы. Из 16 больных 6 были мужчины, 12 – женщины. Из них 5 после накостного остеосинтеза пластинами, и 11 после дистракционного остеосинтеза аппаратом внешней фиксации. Накостный остеосинтез проводился без костной аутопластики, с одномоментным устранением деформации лучевой кости. В 3 случаях использовалась ладонная пластина, в 2 – тыльная. Дистракционный остеосинтез аппаратом внешней фиксации предусматривал выполнение остеотомии на вершине деформации, с последующей дистракцией и стабилизацией положения отломков лучевой кости в правильном положении в течение 5-6 недель.

Применялись клинический, рентгенологический и статистический методы исследования. Сроки исследования – до операции, сразу после операции и спустя 4-6 месяцев после операции. Клиническое исследование включало определение оси поврежденной конечности, амплитуды движений в кистевом суставе. Оценка функции поврежденной конечности проводилась по опроснику DASH.

Рентгенологическая оценка наличия или отсутствия АКЗ проводилась по выявлению основных 4 признаков коллапса запястья (величина ладьевидно-полулунного угла, головчато - полулунного угла, а также высота запястья и признак Gilula -дислокации костей запястья).

Статистическую обработку результатов проводили с помощью стандартного пакета программы Excel. Степень достоверности определялась с помощью критерия Хи-квадрат, за статистически значимый уровень принимался уровень $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение

В послеоперационном периоде отмечалось уменьшение болей в кистевом суставе, восстановление оси поврежденной конечности. Средняя амплитуда сгибательно-разгибательных движений в кистевом суставе увеличивалась с 65° до операции до 160° ($P < 0,05$) после операции.

Рентгенологическая оценка каждого из 4 признаков коллапса запястья показала, что наиболее информативными были величина ладьевидно-полулунного угла (ЛПУ), и признак Gilula. Отмечено восстановление ЛПУ в послеоперационном периоде у большинства больных, с уменьшением его средних значений с 78° до операции к 52° после операции. В дооперационном периоде признак Gilula выявлен в 78,6% наблюдений, после операции – 35,6% (из них в 2 случаях у больных, которым применялся накостный остеосинтез).

Угол тыльного наклона суставной фасетки лучевой кости до операции варьировал от 15° до 45° . После операции у большинства больных отмечено исчезновение угла тыльного наклона, и появление переднего наклона (в среднем - 7°).

До и после операции выявлена прямая корреляция увеличения ладьевидно-полулунного угла, запястно-пястного коэффициента от угла наклона суставной фасетки лучевой кости. При сравнении рентгенограмм, выполненных в отдаленные сроки после оперативного лечения, обнаружено

восстановление нормальных соотношений в кистевом суставе, однако прямой корреляции рентгенометрических данных с восстановлением подвижности кистевого сустава не обнаружено.

Вывод

Восстановление длины и угла наклона суставной фасетки способствует устранению адаптивного коллапса запястья и увеличению сгибательно-разгибательных амплитуды движений в кистевом суставе.

Литература:

1. Волотовски, А.И. Адаптивный коллапс запястья: дифференцированный подход к хирургическому лечению / А.И. Волотовских. - Минск, 2012. - С. 2-28
2. Голубев, И.О. Хирургия кисти: карпальная нестабильность / И.О. Голубев // Избранные вопросы пластической хирургии, 2001. - Т.1. - № 8. - 41 с.
3. Мицкевич, В.А. Нестабильность кистевого сустава / В.А. Мицкевич. – М.: ГУ Институт ревматологии РАМН, 2005. - С.15
4. Обухов, И.А., Применение дистракционного метода в лечении неправильно сросшихся переломов дистального эпиметафиза лучевой кости / И.А. Обухов, С.Ю. Лукин, С.А. Столбиков, И.Б. Морозов, А.И. Субботин // Современные проблемы хирургии верхней конечности / Материалы IV научно-практической конф. хирургов кисти Урала. - Изд ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России. - 2015. - С.50-52.

УДК 617.576-007.61

А.О. Береснева, А.В. Рыбакова, И.А. Обухов
ПАРЦИАЛЬНЫЙ ГИГАНТИЗМ КИСТИ: СОВРЕМЕННОЕ
СОСТОЯНИЕ ВОПРОСА

Кафедра травматологии и ортопедии
Уральский государственный медицинский университет
г. Екатеринбург, Российская Федерация

A.O. Beresneva, A.V. Rybakova, I.A. Obukhov
PARTIAL GIGANTISM OF BRUSH: CURRENT STATE OF THE
ISSUE

Department of traumatology and Orthopedics
Ural state medical university
Yekaterinburg, Russian Federation

Контактный e-mail: alinkarybakova@mail.ru

Аннотация. В статье рассмотрены актуальные вопросы парциального гигантизма, а именно этиология и патогенез возникновения данного