

Брахитерапия в комбинации с трансуретральной резекцией простаты представляет собой крайне безопасную и высоко эффективную методику лечения локализованных форм рака предстательной железы. Результаты исследования говорят о минимальных осложнениях процедуры в сравнении с более радикальной тотальной простатэктомией.

Литература:

1. Александрова, В.П. Рак предстательной железы / В.П.Александрова, М.И. Карелина. - СПб.: Издательский дом СПбМАПО, 2004. – 148 с.; илл.
2. Кавана, В. Иммунологические аспекты аблятивных технологий лечения рака предстательной железы. Экспериментальная и клиническая урология / В. Кавана // Экспериментальная и клиническая урология №2-3, 2014. С. 70-73.
3. Комяков Б.К.Справочник семейного врача. Урология / Б.К. Комяков. – СПб.: «Издательство «ДИЛЯ», 2009. – 336 с.
4. Кызласов, П.С. Недержание мочи после радикальной простатэктомии (обзор литературы). Экспериментальная и клиническая урология / М.М. Соколычик, Н.В. Байкова, А.С. Самойлов, М.В. Забелин. - Номер №3, 2015. – С.38-41.
5. Пушкарь, Д.Ю. Рак предстательной железы. Библиотека пациента. Урология / Д.Ю. Пушкарь, П.И. Раснер // «РМЖ» №18 от 01.08.2013
6. Аляев, Ю.Г. Урология: Иллюстрированный практикум / Ю.Г, Аляев, Н.А.Григорьева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 96 с.
7. Чиссов, В.И. Злокачественные новообразования в России в 2010 году (заболеваемость и смертность) // В.И. Чиссов, В.В. Старинский, Г.В.Петрова – Москва, 2012. - С. 113.

УДК 616-001.55

**Л.Р. Салангин, Т.В. Шабалина, И. А. Обухов
ОСТЕОСИНТЕЗ НЕПРАВИЛЬНО СРОСШИХСЯ ПЕРЕЛОМОВ
ДИСТАЛЬНОГО ЭПИМЕТАФИЗА ЛУЧЕВОЙ КОСТИ**

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

**L.R. Salangin, T.V. Shabalina, I. A. Obuchov
OSTEOSYNTHESIS of NASCENT MALUNION of DISTAL RADIUS
FRACTURES**

Department of Traumatology and Orthopedics
Ural state medical university
Ekaterinburg, Russian Federation

Контактный e-mail: le.salang@mail.ru

Аннотация. В статье рассмотрены методы лечения неправильно сросшихся переломов лучевой кости, проведен ретроспективный анализ лечения (дистракционный остеосинтез аппаратами внешней фиксации и накостный остеосинтез пластинами) по клиническим, анамнестическим, рентгенологическим данным до и через 3-12 месяцев после оперативного лечения. Показано, что дистракционный остеосинтез аппаратом внешней фиксации является методом выбора в лечении данной патологии.

Annotation. The purpose of this study was to determine the efficacy of the treatment malunion fracture of the radius on the clinical, anamnestic, X-ray before and after 3-12 months after surgery. It is shown that distraction osteosynthesis with external fixation is the treatment of choice.

Ключевые слова: неправильно сросшийся перелом, остеосинтез АВФ, лучевая кость.

Keywords: malunion radius, external fixation, radius

Введение

Повреждения дистального эпиметафиза лучевой кости встречаются наиболее часто - от 11 до 30% среди всех переломов и в 90% - при переломах костей предплечья. [2] При лечении переломов наблюдается высокий процент неудач лечения — 30–60% от всех переломов.[1, 5] Среди осложнений, существенно снижающих функциональные возможности кисти и всей верхней конечности в целом, наиболее часто встречаются: комплексный регионарный болевой синдром, или синдром Зудека; туннельные синдромы; контрактура Дюпюитрена; неправильное сращение костных фрагментов. Наиболее частое осложнение этого вида переломов – неправильное сращение, которое составляет до 23,6% при консервативном лечении и от 4 до 10,6% – при оперативном в зависимости от вида вмешательства.[2, 3] Большое количество неудовлетворительных результатов лечения пациентов с нарушением движений в кистевом суставе свидетельствует о том, что проблема до сегодняшнего дня окончательно не решена.

Цель исследования

Определить эффективность оперативного лечения неправильно сросшихся переломов дистального эпиметафиза лучевой кости.

Материалы и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ 17 больных: 5 мужчин и 12 женщин, средний возраст пациентов – 41 (25-50) год. Все пациенты перенесли оперативное вмешательство для коррекции неправильно сросшегося перелома дистальной части лучевой кости. Коррекция проводилась двумя способами: дистракционный остеосинтез аппаратом внешней фиксации (АВФ) - 10 человек или накостный остеосинтез пластинами – 7 человек. Проведена оценка основных признаков неправильного сращения дистального эпиметафиза лучевой кости по анамнестическим данным (боль, снижение амплитуды, отек и

т.д.), рентгенологическим данным (лучелоктевой индекс, лучелоктевой угол, ладонный наклон, длина шиловидного отростка лучевой кости), субъективная оценка DASH и амплитуда движений в кистевом суставе до и через 3-12 месяцев после оперативного лечения.

Результаты исследования и их обсуждение

По характеру проведенного оперативного вмешательства пациенты были разделены следующим образом: дистракционный остеосинтез аппаратом внешней фиксации – 10 человек, накостный остеосинтез пластинами — 7 человек.

Через 3-12 месяцев после проведенного лечения (обоими способами) и восстановления неправильно сросшихся переломов лучевой кости отмечается улучшение движения в кисти.

Амплитуда сгибательно-разгибательных движений после остеосинтеза АВФ в среднем возросла на 41,7%, а после проведения накостного остеосинтеза только (в среднем) на 17%.

Клинические проявления неправильного сращения – деформация запястья, отёк, боль прошли и больше пациентов не беспокоили.

По рентгенологическим данным: лучелоктевой угол (в норме от 16° до 29°), ладонный наклон (в норме от 0° до 22°), лучелоктевой индекс (в норме от -4 до +2 мм), длина шиловидного отростка (от 8мм до 17 мм) в обеих подгруппах скорректированы до значений нормы.

В подгруппе больных, у которых применялся дистракционный остеосинтез АВФ, в 1 случае отмечено воспаление мягких тканей вокруг спиц, которое не повлияло на продолжительность лечения. Воспаление было купировано консервативными средствами. В подгруппе больных, которым использовался накостный остеосинтез, в срок более 8 месяцев отмечены разрыв сухожилия сгибателя пальца у 1 пациента и стойкая контрактура кистевого сустава — у 2.

При оценке проведения операции, времени начала физиотерапевтического лечения, количеству возможных осложнений можно сделать вывод, что лечение АВФ обеспечивает наиболее надежную фиксацию костных отломков в правильном положении, а наложение накостных пластин требует скелетирования костных отломков и отслойки надкостницы на довольно большой площади, что ухудшает местное кровоснабжение и репаративные процессы в кости, высокая травматичность операции при установке и удалении пластины также плохо отражается на процессах регенерации. Возможны рефрактуры или патологические переломы на уровне винтовых перфораций, прорезывание винтов при выраженном остеопорозе, при переломах, сросшихся с выраженным смещением, не всегда удается одномоментно устранить укорочение лучевой кости, при остеопорозе не обеспечивается необходимая стабильность, поэтому в некоторых случаях остеопороз является противопоказанием для проведения операции, в то время

как проведение операции остеосинтеза АВФ с такой патологией возможно и противопоказанием не является. [1;4]

Выводы:

1. Дистракционный остеосинтез аппаратом внешней фиксации и накостный остеосинтез пластинами являются основными методами лечения неправильно сросшихся переломов лучевой кости, после проведения которых улучшаются анатомические и функциональные показатели.

2. Дистракционный остеосинтез аппаратом внешней фиксации является методом выбора лечения неправильно сросшихся переломов лучевой кости, т.к. наряду с восстановлением анатомии отмечается достоверно большее восстановление объема движений и отмечается меньше рисков осложнений.

Литература:

1. Мельников, В.С. Методы оперативного лечения неправильно сросшихся переломов дистального эпиметафиза лучевой кости / В.С. Мельников, В.Ф. Коршунов // Лечебное дело. – 2008. – №3. – С. 78-84.

2. Измалков, С.Н. Современные подходы к лечению больных с осложненными переломами лучевой кости в «типичном месте» / С.Н. Измалков, О.М. Семенкин - Самара, 2007.

3. Голубев, И.О. Хирургическое лечение неправильно сросшихся переломов дистального метаэпифиза лучевой кости/ И.О. Голубев // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н.Приорова. – 2013. – №3. – С.51-58.

4. Обухов, И.А. Современные возможности дистракционного остеосинтеза в лечении неправильно сросшихся переломов дистального эпиметафиза лучевой кости/ И.А. Обухов, С.А. Столбиков, А.И. Субботин // Материалы Всероссийской научно-практической конф. «Чаклинские чтения-2015» – Екатеринбург, 2015. – С. 61-63.

5. Sameer, J. Malunions of the Distal Radius: American Society for Surgery of the Hand./ J. Sameer, MD. Lodha, W. Robert, MD. Wysocki, S. Mark, MD. Cohen // Chapter 12. - USA, 2007. - P. 125-137.

УДК 616-006.6

**А.Ю. Сунцова, Е.И. Чуракова, Д.А. Демидов
АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ СУББОТНИКА ПРОТИВ РАКА В Г.
ЕКАТЕРИНБУРГ**

Кафедра онкологии и медицинской радиологии
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

**A.Y. Suntsova, E.I. Churakova, D.A. Demidov, S.M. Demidov
ANALYSIS OF THE EFFICIENCY OF THE PROJECT "SATURDAY
AGAINST CANCER" IN YEKATERINBURG
Department of oncology and medical radiology**