

Актуальность исследования: Частота контрактуры Дюпюитрена составляет около 3% в мировой популяции и 11,8% среди всех зарегистрированных заболеваний кисти. Прогрессирующее течение болезни приводит к значительному нарушению функции кисти, а в конечном итоге может приводить к инвалидности [1;2].

Цель исследования: Оценить эффективность разных методик хирургического лечения заболевания путем иссечения участков рубцово измененного ладонного апоневроза.

Материалы и методы: Анализ опубликованных данных отечественных и зарубежных авторов.

Результаты: Фасциэктомия: рецидив — 12,5%, повреждение нерва — 3%, инфекция — 8,5%. Игольная апоневротомия: рецидив — 17%, повреждение нерва — 0,4%, инфекция — 2%. Инъекции коллагеназы: рецидив — 17%, повреждение нерва — 0%, инфекция — 0%. По данным анализа различных авторов частота рецидивов заболевания для различных методов лечения контрактуры Дюпюитрена представляется относительно одинаковой, но стоит отметить, что рецидивы возникают у больных с 3 и 4 стадией заболевания. Но при этом частота осложнений при использовании малоинвазивных методов и консервативного лечения значительно ниже, чем при выполнении открытой операции. Также стоит отметить, что открытая радикальная операция технически очень сложна, а следовательно требует больших финансовых затрат и более длительного периода восстановления после операции. Малоинвазивная методика позволяет провести операцию в амбулаторных условиях, а также позволяет пациенту вернуться к активной жизни в течение пары дней, в отличие от консервативного лечения, где восстановительный период может достигать недели и сопровождаться осложнениями в окружающих тканях при проникновении туда препарата.

Выводы: Для лечения контрактуры Дюпюитрена успешно используются малоинвазивные и консервативные методы лечения, позволяющие в короткий срок увеличить объем разгибательных движений пораженного участка кисти. При этом данные методики все еще уступают радикальному оперативному лечению по частоте рецидивирования заболевания.

Литература

1. Страфун С.С., Уровский А.А. Чрескожная фасциотомия при контрактуре Дюпюитрена / Рецидив контрактуры Дюпюитрена и факторы, которые на него влияют, при применении оперативного метода лечения. 2013. 99 с.
2. Eaton C. Review. J. hand surg. am. 2011. N 2. P. 11–13.

УПРАВЛЕНИЕ БОЛЬЮ ПРИ ТРАВМЕ ВЕРХНИХ И НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ

Ташходжаев А.А., Тиляков А.Б., Шарипов А.М.

Научные руководители: д. м. н. профессор Шарипов А.М., к. м. н. ассистент Тиляков А.Б.
Кафедра неотложной педиатрии и медицины катастроф
Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Актуальность исследования: Выполнение надлежащего и своевременного лечения боли, является не только правом пациента, но и более ранним его выздоровлением, уменьшением стрессовой реакции, сокращением пребывания в больнице, снижением затрат, уменьшением риском хронической боли, снижением уровня заболеваемости и смертности [1; 2].

Цель исследования: Разработать оптимальный подход по уменьшению интенсивности боли у детей с травмой конечностей.

Материалы и методы: Для исследования наблюдалось 216 пациентов в возрасте до 18 лет в течении 2018 года на базе Республиканского Научного Центра Экстренной Медицинской Помощи. Оценка боли осуществлялась по шкале KUSS. Дизайн исследования произведен когортным проспективным методом.

Результаты: Согласно статистике, на 2018 год, по линии СМП с изолированными повреждениями трубчатых костей верхней и нижней конечности на базу РНЦЭМП были доставлены всего 32% пациентов, 68% больных обратились самотеком. У всех пациентов, обратившихся самотеком (147 детей), была выражена болевая симптоматика. У пациентов, доставленных по

линии СМП (69), боль была относительно купирована: у 38% пациентов (26) была осуществлена иммобилизация и местно наложен холод, при этом боль была практически купирована (KUSSI балл); у 43% пациентов (30) была применена только иммобилизация конечности, выраженность боли была очевидна (KUSSI балла); у остальных 19% пациентов (13) была применена местная анестезия с иммобилизацией конечности, при этом также болевая симптоматика была не купирована полностью (KUSSI балла).

Выводы: Из этого следует, что применение простой иммобилизации конечности не дает полного улучшения состояния пациента, а комбинирование иммобилизации именно с холодом повышает ее эффективность.

Литература

1. Murray C.J. Global Burden of Disease Study, Lancet, 1997.
2. Вестник экстренной медицины. Ташкент, 2014.

МЕСТО КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ДЕГЕНЕРАТИВНЫМ РАЗРЫВОМ МЕНИСКА

Тягунова В.Д., Баклагин А.Е., Забалуев М.В., Малиновская Д.П.

Научный руководитель: д. м. н. профессор Безгодков Ю.А.

Кафедра госпитальной хирургии с курсами травматологии и ВПХ

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Актуальность исследования: Коленный сустав — самый травмируемый сустав человека (50%). В коленном суставе мениски повреждаются чаще других образований. Долгосрочные результаты артроскопической менискэктомии не полностью удовлетворительны, поэтому концепция сохранения мениска с каждым годом приобретает все большую актуальность [1; 3].

Цель исследования: Оценить эффективность консервативного лечения дегенеративных повреждений менисков в сравнении с артроскопической менискэктомией и определить алгоритм лечения таких пациентов.

Материалы и методы: Обзор опубликованных результатов 7 рандомизированных контролируемых исследований [2].

Результаты: При анализе исследований, которые сравнивали частичную артроскопическую менискэктомию с консервативным лечением или фиктивной операцией, выявлено, что частичная артроскопическая менискэктомия не имеет преимуществ по сравнению с консервативным лечением при дегенеративных разрывах менисков в кратковременном или среднесрочном периоде, независимо от состояния хряща.

Выводы: Консервативное лечение дегенеративных повреждений менисков эффективно, менее травматично и не требует значительных финансовых расходов. Предлагаемый алгоритм лечения должен учитывать: наличие блокады, длительность болевого синдрома, возраст, данные рентгенографии, МРТ по показаниям, консервативное лечение в течение 3 месяцев. При наличии остеоартрита или другой патологии коленного сустава — лечение данной патологии, если не выявлен остеоартрит коленного сустава и другая патология, которая приводит к болевому синдрому, показана артроскопическая частичная менискэктомия.

Литература

1. Ауди К., Безгодков Ю.А., Дмитриевич Г.Д., Марков М.В. Применение биомеханической САПР в практике обучения / Современное образование: содержание, технологии, качество. 2011. Т. 2. С. 222–223.
2. Кикачеишвили Т.Т., Безгодков Ю.А., Соболев И.П. Система документации в международном обществе травматологов и ортопедов / Травматология и ортопедия России. 1998. № 1. С. 79–81.
3. Кузнецов И.А., Безгодков Ю.А., Рябинин М.В., Рыбин А.В. Сберегательная тактика при неполных повреждениях передней крестообразной связки коленного сустава / Травматология и ортопедия России. 2008. № 4(50). С. 85–89.