



www.amursma.ru

№4 (12) 2015
ISSN 2311-5068

научно-практическое издание

АМУРСКИЙ медицинский журнал



Амурский медицинский журнал

№4 (12) 2015 • ISSN2311-5068

Amur Medical Journal

Ежеквартальное научно-практическое издание

**Материалы XII российско-китайского
биомедицинского форума
«Инновационные методы лечения в традиционной
русской и китайской медицине»**

**Proceedings of the XII Russian-Chinese
biomedical forum «Innovative treatment methods
in traditional Russian and Chinese medicine»**

**Материалы III съезда травматологов-ортопедов
Дальневосточного федерального округа
«Инновационные методы лечения в травматологии
и ортопедии Дальнего Востока»**

**Proceedings of the III Congress
of traumatologists-orthopedists of the Far Eastern federal
district «Innovative methods of treatment
in traumatology and orthopedics of the Far East»**

г. Благовещенск

- 92 Zhidong Liu, Hui Sun, Aihua Zhang, Guangli Yan, Ying Han, Xijun Wang. Research progress of prostate cancer biomarkers.
- 96 Zhou Xiaohang, Aihua Zhang, Hui Sun, Guangli Yan, Ying Han, Xijun Wang. The Role of LC-MS in Metabolomics.
- 101 Zhukova E.N., Makarov I.Yu. Structurally functional changes in bronchial lung system at medicinal and steady tuberculosis of lungs.
- 103 Zinoviev S.V., Seliverstov S.S., Tseluyko S.S., Gorbunov M.M., Semenov D.A. Morphological characteristics of open bronchoalveolar lavage rat lung
- 108 Zverev A.S., Krasavina N.P. Endometrial stem cells
- 110 Zabolotskih T.V., Grigorenko G.V., Harchenko M.V., Kazakova O.V., Medvedeva S.V. Modern biomarkery diagnosis of sepsis Proceedings of the III Congress of Traumatologists-orthopedists Far Eastern Federal District
- 112 Gusev A.N., Krasnogorskaya V.N., Prokopenko A.A. Modern integrated approaches in ophthalmic practice for the treatment of myopia and accommodation spasm using drugs midrimaks, cytoflavin and electrostimulation
- 116 E.J. Nedostupova, N.V. Korshunova, E.V. Aleksandrovich. Features sanitary and epidemiological surveillance in the Amur region during the floods and period postlikvidatsionny
- 118 Sayapina N.V. Influence carbon nanotubes of different diameters on the exploratory activity of rats wistar

Материалы III съезда травматологов-ортопедов Дальневосточного федерального округа. «Инновационные методы лечения в травматологии и ортопедии Дальнего Востока». Proceedings of the III Congress of traumatologists-orthopedists of the Far Eastern federal district «Innovative methods of treatment in traumaology and orthopedics of the Far East»

- 121 Борозда И.В. Памяти Николая Ильича Воронина
- 126 Долгов С.В., Лавриков П.Н., Воронцов В.Н., Матулевич А.В. Применение пористых имплантатов и динамических скоб с термомеханической памятью в оперативном лечении туберкулезного спондилита
- 127 Глущенко И.А., Доржеев В.В., Мироманов А.М. Профилактика венозных тромбоэмболических осложнений при переломах костей конечностей
- 129 Доржеев В.В., Глущенко И.А., Мироманов А.М. Персонализированные аспекты развития венозных тромбоэмболических осложнений при травме
- 131 Ступин Ю.В., Доржеев В.В. Полиморфизм генов фактора V Лейден (g1691a), протромбина (g20210a) и метилентетрагидрофолатредуктазы (с677t) у больных с черепно-мозговой травмой в Забайкальском крае
- 132 Доржеев В.В., Жидкова И.В., Мироманов А.М., Бусоедов А.В. Анализ лечения больных с переломами костей таза
- 133 Забелло Т.В., Давыдов С.О., Кошкин О.А., Мироманов А.М. Новые подходы к реабилитации пациентов с идиопатическим остеоартрозом тазобедренного сустава после тотальной артропластики
- 134 Копысова В.А., Панов А.А., Петрушин Е.Г., Викулин С.А., Неволин А.С. Хирургическое лечение больных с вывихами акромиального конца ключицы
- 136 Трубицын М.В., Миронова О.Б., Мироманов А.М. Персонализированные аспекты развития хронического травматического остеомиелита при переломах
- 137 Усков С.А., Гусев К.А., Мироманов А.М. Способ прогнозирования замедленной консолидации переломов костей конечностей

больным выполнено оперативное лечение – тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава. Первую группу составили 30 больных, проходивших реабилитацию методом кинезитерапии только в послеоперационном периоде. Вторая группа (n=30) - пациенты, проходившие реабилитацию методом кинезитерапии как в предоперационном, так и в послеоперационном периоде. Третья группа (n=40) – больные, проходившие реабилитацию методом кинезитерапии и аквакинезотерапии в пред- и послеоперационном периоде. Группы больных были сопоставимы по возрасту, полу, характеру патологического процесса, проводимому оперативному лечению и сопутствующей патологии. Критерием исключения явилось наличие тяжелой сопутствующей патологии и выраженные нарушения функции конечности. Оперативные вмешательства выполнялись в травматологических стационарах г. Чита, а реабилитационное лечение осуществлялось в инновационном центре «Академия здоровья», г. Чита. Оценка функции тазобедренного сустава осуществлялась по шкале W.H. Harris, а оценка психологического состояния больных - с помощью опросника Спилбергера-Ханина. Данные исследования выполнялись перед оперативным вмешательством через 1 и через 6 месяцев после хирургического лечения. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программ Statistica 6.1 и Microsoft Office Excel 2010. Для сравнения количественных показателей между исследуемыми группами пациентов использовали критерий Манна-Уитни, качественных - χ^2 .

Результаты и обсуждение. При оценке по шкале W.H. Harris средний балл до реабилитации у больных первой группы составил $36,2 \pm 4,5$, второй группы $40,4 \pm 4,2$, а у пациентов третьей группы – $47 \pm 3,8$ баллов. После проведения курса кинезитерапии в послеоперационном периоде этот показатель увеличивался во второй группе до $67 \pm 3,7$ баллов, а в третьей группе до $88 \pm 5,3$ баллов ($p < 0,05$). В ходе анализа анкет по опроснику Спилбергера-Ханина в послеоперационном периоде, установлено, что в первой группе очень высокая тревожность (ОВТ) зарегистрирована в 10,3%, высокая тревожность (ВТ) в 72,4% и средняя тревожность (СТ) в 17,2%. Во второй и третьей группах зафиксированы статистически значимые изменения в раннем предоперационном периоде по сопоставлению с первой группой (ВТ у 25,8%, СТ у 54,8%, НТ у 9,7% и очень низкая у 9,7%). В позднем послеоперационном периоде отмечено, что в третьей группе изучаемые параметры значительно различались в сравнении с первой и второй группами (ВТ у 10,5%, СТ у 27,2%, НТ у 52,6% и очень низкая у 8,5%) $p < 0,05$.

Заключение. Проведение комплексных реабилитационных мероприятий различными методами кинезитерапии у больных с идиопатическим коксартрозом после тотального эндопротезирования тазобедренного сустава позволяет достигнуть наиболее эффективных показателей не только в восстановлении функции конечности, но и в повышении качества жизни пациентов.

УДК 616.72-001.6-089.85

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ВЫВИХАМИ АКРОМИАЛЬНОГО КОНЦА КЛЮЧИЦЫ

Копысова В.А.¹, Панов А.А.¹, Петрушин Е.Г.², Викулин С.А.³, Неволин А.С.⁴

¹ГБОУ ДПО «Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей», Новокузнецк

²МБУЗ «Центральная городская больница», Мыски

³МБУЗ «Городская больница № 8», Белово

⁴МЛПУ «Городская клиническая больница № 11». Новокузнецк

При консервативном лечении повреждений ключично-акромиального сочленения частота неудовлетворительных исходов достигает 40-72%, а при хирургическом лечении традиционными методами (включая артропластику) – 16,5-35,2%. Причиной неблагоприятных исходов, как правило, является несоответствие избранного метода лечения тяжести повреждения сумочно-связочного аппарата.

Материалы и методы. Проанализированы ближайшие и отдаленные результаты лечения 404 пациентов с вывихами акромиального конца ключицы II-V степени тяжести по С.А. Rockwood. У 184 (45,5%) больных тяжесть повреждения сумочно-связочного аппарата соответствовала II-III степени. Полный разрыв связок наблюдался у 220 (54,5%) пациентов (IV-V степень), в т.ч. в 19 (8,6%) случаях разрыв связок сопровождался переломом акромиального конца ключицы. Открытое вправление вывиха и фиксация у 196 (48,5%) пациентов были предприняты в течение первых 7 суток после травмы, у 146 (36,1%) – спустя 8-21 день (главным образом, в связи с рецидивом вывиха после закрытого вправления) и у 62 (15,4%) больных – в сроки более 3 недель после травмы (при застарелых повреждениях). У 184 (45,5%) пациентов с II-III степенью тяжести повреждения осуществляли трансартикулярную фиксацию S-образной скобой с защитной ножкой. В 109 (27,0%) случаях у больных с III-IV степенью тяжести повреждения вправленную ключицу фиксировали ключично-клювовидной скобой с памятью формы. У 111 (27,5%) больных с вывихами и переломовывихами акромиального конца ключицы III-V степени тяжести, в т.ч. у 6 пациентов с несостоятельной фиксацией ключицы, осуществляли комбинированную фиксацию ключицы с применением S-образной стягивающей скобы с защитной ножкой и ключично-клювовидной скобы, обеспечивая как горизонтальную, так и вертикальную стабилизацию ключицы.

Результаты и обсуждение. После операции больных осматривали в динамике в течение «1 месяц – 3 месяца – 2 года». Определяли наличие или отсутствие деформации, отека, болезненности в покое и при движениях, объем пассивных и активных движений в плечевом суставе. На стрессовых рентгенограммах (выполненных под нагрузкой) выявляли соотношение между акромиальным и клювовидным отростком лопатки и ключицей, наличие или отсутствие явлений деформирующего артроза, оссификации мягких тканей. У 398 (98,5%) больных ближайшие и отдаленные результаты лечения признаны отличными. У 6 (1,5%) пациентов результат лечения признан удовлетворительным. Рентгенологически определялись признаки деформирующего артроза. Отведение руки, наружная ротация сохранены, однако, пациенты предъявляли жалобы на боли после физических нагрузок с ограничением отведения плеча.

Заключение. У больных с вывихами акромиального конца ключицы при выборе методов фиксации с использованием конструкций с памятью формы необходимо учитывать характер и тяжесть повреждения анатомических образований, давность травмы, а также индивидуальные особенности телосложения и возраст пациента.

У лиц молодого и среднего возраста с вывихами акромиального конца ключицы II степени тяжести достаточно надежной является трансартикулярная фиксация стягивающей скобой с защитной ножкой либо простой стягивающей скобой в комбинации со спицей.

При свежих вывихах III степени, особенно у гиперстеников и пациентов трудоспособного возраста, следует отдавать предпочтение фиксации ключицы ключично-клювовидным устройством, максимально сужая показания к аутопластике связочного аппарата.

При вывихах и переломах вывихах акромиального конца ключицы IV-V степени тяжести, повторных хирургических вмешательствах наиболее эффективна комбинированная фиксация ключицы ключично-клювовидным устройством и трансартикулярной стягивающей скобой.

УДК 616-001.5-002.3:616-092

ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ТРАВМАТИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ

Трубицын М.В., Миронова О.Б., Мироманов А.М.

ГБОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия», Чита

Несмотря на современные методы лечения, используемых при переломах костей конечностей, частота гнойно-воспалительных осложнений не имеет тенденции к снижению. В последнее десятилетие учащается атипичное и бессимптомное течение хирургической инфекции. Лечение уже развившихся осложнений требует больших экономических затрат, часто приводит к снижению результативности оперативных вмешательств, вследствие чего разработка методов доклинической диагностики приобретает все большую актуальность и является одним из приоритетных направлений развития современной травматологии и ортопедии. Учитывая, что до настоящего времени не разработаны объективные критерии, позволяющие предвидеть развитие хронического травматического остеомиелита при переломах, их определение является интересным как с теоретической, так и практической точки зрения.

Цель исследования: выявление прогностических критериев развития хронического травматического остеомиелита у больных с переломами длинных костей конечностей.

Материалы и методы. Обследовано 75 пациентов в возрасте от 15 до 56 лет с переломами костей конечностей. I группу составили 44 больных с не осложненным течением переломов. II группа (n=31) – с осложненным течением (в данной группе отмечалось заживление ран первичным натяжением, однако в позднем послеоперационном периоде зарегистрировано развитие хронического остеомиелита). Распределение пациентов по характеру и локализации переломов осуществляли по классификации М.Е. Мюллера и соавт. (1996). Пациенты были сопоставимы по возрасту, нозологическим формам, распространенности патологического процесса и проводимому лечению. Связь данных анамнеза, клинических показателей, результатов лабораторного и инструментального обследования с развитием хронического травматического остеомиелита оценивалась в многофакторной прогностической регрессионной модели, включающей 210 показателей, исследованных при поступлении больных в стационар, в последующем на 2, 5 и 10 сутки посттравматического (послеоперационного) периода. В оцениваемые показатели анамнеза входили указания на этиологию травмирующего агента, вида оперативного вмешательства, характера перелома, пораженного сегмента, сроков лечения в стационаре и прочее. Клинику хронического остеомиелита анализировали по следующим параметрам: наличие боли, общее состояние, температура тела, гиперемия кожных покровов, отек мягких тканей, отделяемое из раны и т.д. Лабораторная составляющая в регрессионной модели включала: некоторые параметры иммунной системы - цитокины (IL 1 α , IL 1 β , ФНО α , IL-4, IL-10, TGF α , TGF 1 β), показатель лимфоцитарно-тромбоцитарной адгезии (ЛТА) и лимфоцитарно-тромбоцитарный индекс (ЛТИ); показатели системы «ПОЛ-антиоксиданты» (конъюгированные диеновые структуры, кетодиены и сопряженные триены, ТБК-активные продукты,