

врожденная инфекция неуточненной этиологии (66,67%); пневмонии различной этиологии (6,67%).

Выводы. Таким образом, для решения вопроса о возможности планирования беременности у женщин с миомой матки, необходимо проведение комплексного обследования. Следует учитывать полученные результаты как критерии формирования групп риска пациенток по невынашиванию беременности, преэклампсии, плацентарным нарушениям.

ЛИТЕРАТУРА

1. Курцер, М.А. Консервативная миомэктомия во время кесарева сечения / М.А.Курцер, М.В.Лукашина, Е.П.Тищенко // Вопр. гинекологии, акушерства и перинатологии. - 2008. - Т.7. - № 3. - С. 82-87.

2. Овсянникова, Т.В. Возможности восстановления репродуктивной функции у пациенток с миомой матки / Т.В.Овсянникова, Т.Д.Гуриев // Миома матки / ред. И.С.Сидорова. - М., 2003. - С. 224-233.

3. Смирнова Т.А., Павшук Л.И. Современные подходы к лечению миомы матки у молодых женщин с целью сохранения репродуктивной функции // Бюллетень сибирской медицины. – 2014. - № 13 (1). – С.145-152.

ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕЛОМАМИ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ

Лашковский В.В., Мацевич Д.И.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. В группу повреждений проксимально отдела большеберцовой кости входят как внутрисуставные, так и внесуставные переломы. Встречаемость внутрисуставных переломов большеберцовой кости составляет 2 случая на 1000 населения в год [1]. Сложность выбора тактики лечения пациентов связана с околосуставным или внутрисуставным характером переломов, высокой частотой тяжелых повреждений мягкотканых структур, возможным нарушением целостности элементов сосудисто-нервного пучка, возрастом пациентов и сопутствующими заболеваниями в анамнезе [2]. В настоящее время хирургическое лечение является более предпочтительным, так как позволяет во многих случаях выполнить анатомическую реконструкцию поврежденных структур. Однако оно не лишено и недостатков: вторичное смещение отломков, посттравматический остеоартрит, септические осложнения, не сращения отломков [3,4,5]. В тоже время не потеряли свое значение и консервативные методы лечения, особенно у пациентов преклонного возраста с многочисленными сопутствующими заболеваниями.

Таким образом, лечение пациентов с переломами проксимального отдела

большеберцовой кости сохраняет свою актуальность.

Цель. Провести анализ методов лечения пациентов данной группы с целью определения наиболее оптимального способа оказания помощи в соответствии с тяжестью повреждения костной ткани, окружающих мягкотканых структур, возрастом пациентов, сопутствующими заболеваниями и времени с момента получения травмы до поступления в стационар.

Методы исследования. Изучены 63 медицинские карты стационарного пациента (32 мужчины и 31 женщина), которые находились на лечении в травматологическом отделении № 1 УЗ “ГКБ СМП” г. Гродно с 1.01. 2016 г. по 31. 12. 2017 г. с переломами проксимального отдела большеберцовой кости.

Проанализированы клинические признаки, методы оперативного и консервативного лечения, рентгенологические данные и, у отдельных пациентов, данные компьютерной томографии проксимального отдела костей голени. Оценка тяжести внесуставных переломов проводилась по классификации AO/ASIF (рис. 1), тяжесть внутрисуставных переломов проксимального отдела большеберцовой кости определялась согласно классификации Schatzker (рис. 2).

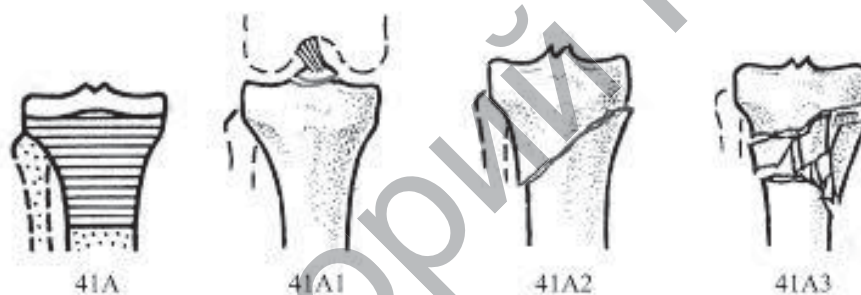


Рисунок 1. – Классификация внесуставных переломов большеберцовой кости по AO/ASIF – переломы типа А

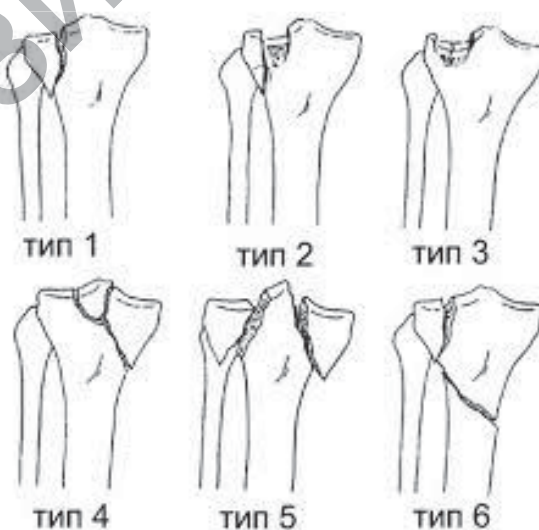


Рисунок 2. – Классификация внутрисуставных переломов большеберцовой кости по Schatzker

Результаты и их обсуждение. Средний возраст пациентов составил 53,1 года (от 27 до 89 лет). Из них пациенты трудоспособного возраста от 41 до 60 лет составили 44,4% (28 человек). 41 пациент обратился самостоятельно, 12 – доставлены бригадой СМП, 10 – поступили в плановом порядке. Распределение пациентов в зависимости от времени получения травмы до поступления в стационар: 26 пациентов (41,3%) – через 1-10 часов после травмы, 13 пациентов (20,6%) – 11-24 часа, 24 пациента (38,1%) – более 24 часов. Наибольшее количество травм приходится на осенне-зимний период (ноябрь-январь) – 39,7%. Основную группу сопутствующих заболеваний составили ишемическая болезнь сердца и артериальная гипертензия, которые отмечены у 32 пациентов (51%).

Распределение пациентов с внутрисуставными переломами проксимального отдела большеберцовой кости согласно классификации Schatzker: 1-й тип – 11 пациентов, 2-й тип – 11 пациентов, 3-й тип – 7 пациентов, 4-й тип – 2 пациента, 5-й тип – 8 пациентов, 6-й тип – 14 пациентов.

Основную группу составили пациенты с внутрисуставными переломами 6-го типа (26,4%). У 18 (33,9%) пациентов с внутрисуставными переломами отмечалась импрессия части суставной поверхности (Шацкер II, III) и из них 15 оперировано (83,1%).

Пациенты с внесуставными переломами проксимального отдела большеберцовой кости согласно классификации AO/ASIF – переломы типа A представлены следующим образом: 41 A1 – 2 пациента, 41 A2 – 4 пациента, 41 A3 – 4 пациента.

При выборе тактики лечения учитывался тип повреждения, возраст пациентов, наличие сопутствующих заболеваний, время с момента получения травмы до поступления в стационар. Методы лечения указаны в таблице 3.

Средняя продолжительность предоперационного периода составила – 3,6 дня. Оперирован 41 пациент (65,1%), консервативное лечение проведено 22 пациентам (34,9%). При оперативном лечении внутрисуставных переломов 80,5% использовалась пластина LCP, при внесуставных переломах в 60% – функционально стабильный остеосинтез - интерлокинг.

Таблица 1. – Методы лечения пациентов с переломами проксимального отдела большеберцовой кости

Тип перелома	Шацкер 1 тип	Шацкер 2 тип	Шацкер 3 тип	Шацкер 4 тип	Шацкер 5 тип	Шацкер 6 тип	41 A1	41 A2	41 A3
Консервативно (к-во пациентов)	6	1	2	1	4	3	1	3	1
Оперативно (к-во пациентов)	5	10	5	1	4	11	1	1	3

Средняя продолжительность операции при открытом остеосинтезе составила 120 мин., при закрытом остеосинтезе с фиксацией отломков спицами Киршнера,

губчатыми винтами – 95 мин. Среднее количество дней пребывания в стационаре после оперативного лечения – 9,6. Средняя продолжительность последующей иммобилизации при оперативном лечении составила 2 месяца, при консервативном – 2,5 месяца.

Выводы.

1. Пациенты с импрессионными переломами плато большеберцовой кости (Шацкер II, III) в 83.1% случаев подлежат оперативному лечению.

2. Применение опорных конструкций с угловой стабильностью винтов (пластины LCP) показано в 80,5% клинических случаев внутрисуставных переломов.

3. При внесуставных переломах возможно как оперативное, так и консервативное лечение.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бондарев, О. Н. Переломы проксимального отдела большеберцовой кости: современные методы диагностики и лечения / О. Н. Бондарев, А. А. Ситник, А. В. Белецкий // Воен. медицина. – 2010. – № 2. – С. 46–50.

2. Толедо, К. В. Высокоэнергетические переломы плато большеберцовой кости с применением накостного остеосинтеза / К. В. Толедо, В. В. Гурьев, В. В. Толедо, А. М. Беленький, Гонсалес, М. В. Лекишвили // Кафедра травматологии и ортопедии. – 2017. – № 1. – С. 16 – 24.

3. Воронкевич, И. А. Новые способы костной пластики при остеосинтезе переломов мыщелков большеберцовой кости / И.А. Воронкевич // Травматология и ортопедия России. – 2008. – № 4. – С. 78–84.

4. Bondarev, O. N. Minimally invasive osteosynthesis of fractures of the tibial condyles / O. N. Bondarev // Новости хирургии. – 2017. – № 3. – С. 279–285.

5. Гилев, М. В. Новые подходы к лечению внутрисуставных переломов проксимального отдела большеберцовой кости / М. В. Гилев, Е. А. Волокитина, Ю. В. Антониади, Д. Н. Чернищев // Уральский медицинский журнал. – 2012. – № 6. – С. 121–127.

ДОЗОЗАВИСИМЫЕ ЭФФЕКТЫ ОСТРОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ НА АКТИВНОСТЬ ФЕРМЕНТОВ ПЕНТОЗОФОСФАТНОГО ПУТИ В ГОЛОВНОМ МОЗГЕ КРЫС

Лелевич В.В.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. Основными эффектами алкоголя в организме является его участие в процессах метаболизма, связанных с воспроизведением энергии, и влияние на состояние ЦНС [1]. Этанол при однократном и длительном поступлении вызывает нарушение углеводно-энергетического обмена в головном мозге. При этом